CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES CONGÉNITAUX

MÉDIANS

DE L'ESPACE THYRO-HYOÏDIEN

(KYSTES DERMOÏDES ET MUCOÏDES)

N° 84

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 29 JUILLET 1898

PAR

André ROQUES

Né à Gardie (Aude)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—

1898

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. ROQUES.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A. ROQUES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A. ROQUES.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546803_0117

AVANT-PROPOS

La région thyro-hyoïdienne peut être comme toutes les autres le siège de tumeurs très diverses. Mais, de toutes ces tumeurs, les kystes thyro-hyoïdiens présentent un intérêt particulier, en raison de leur fréquence et des nombreux travaux qu'ils ont suscités pour expliquer leur nature et leur pathogénie.

Malgré la multiplicité de ces travaux, la pathogénie de ces kystes est encore obscure, et elle a donné lieu, à une époque assez récente, à d'importantes controverses.

A côté des kystes thyro-hyoïdiens ayant pour origine possible l'hydropisie des bourses séreuses de la région, à côté des kystes séreux d'origine lymphangiomateuse, on trouve la classe bien plus importante des kystes dits *branchiaux*. Ces derniers, que l'on divise en kystes dermoïdes et kystes mucoïdes, et dont l'origine congénitale n'est pas douteuse, ont été englobés par Lannelongue dans la même théorie pathogénique, la théorie de *l'enclavement* formulée pour la première fois par Verneuil, en 1852. Mais depuis les travaux de His sur le développement de l'embryon humain, depuis que l'attention a été attirée sur le *canal de Bochdaleck*, le *tractus thyro-lingual*, plusieurs auteurs sont venus démontrer que la théorie de l'enclavement n'était pas applicable à tous les kystes médians du cou, dermoïdes ou mucoïdes, et

en particulier aux kystes de l'espace thyro-hyoïdien. De plus, il semble résulter de leurs travaux, que les kystes mucoïdes thyro-hyoïdiens doivent être rapportés, non pas comme le veut Lannelongue à un pincement épithélial au niveau des fentes branchiales, mais bien à la persistance anormale, et à la dilatation kystique d'une partie de cet organe embryonnaire qu'on nomme le *canal thyro-lingual*.

L'observation, dans les hôpitaux de Montpellier, de deux cas de kystes thyro-hyoïdiens, l'un à paroi dermoïde, l'autre à paroi mucoïde, en attirant notre attention sur ce chapitre intéressant de la pathologie du cou, nous a inspiré l'idée de ce travail. Nous nous sommes proposé d'étudier les kystes dermoïdes et mucoïdes de l'espace thyro-hyoïdien, et de résumer les différentes théories émises pour expliquer leur formation.

Nous avons cru utile de commencer notre travail par une description anatomique de la région thyro-hyoïdienne. Puis, après un court historique, nous étudierons successivement l'anatomie pathologique, la pathogénie, l'étiologie, les symptômes, le diagnostic, la marche, le pronostic et le traitement des kystes branchiaux thyro-hyoïdiens, en nous arrêtant un peu plus longuement au chapitre de la pathogénie. Dans une deuxième partie, à côté de deux observations inédites, nous rapportons les observations que nous avons pu recueillir, ayant trait à notre sujet. Cette dernière partie présente quelques lacunes: nous avons dû, en effet, nous borner à indiquer seulement l'auteur et le titre d'un certain nombre d'observations parues dans des publications que nous n'avons pu, à notre grand regret, nous procurer.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous avons à cœur de remercier vivement nos maîtres de l'Ecole d'Alger et de l'hôpital de Mustapha, et en particulier M. le professeur A. Cochez, et M. le professeur-suppléant Crespin pour l'intérêt qu'ils nous ont toujours témoigné.

M le professeur Moreau nous a donné en maintes circontances des marques de sa sympathie ; nous sommes heureux de lui exprimer ici notre reconnaissance.

Qne nos maîtres de la Faculté de Montpellier nous permettent de leur témoigner notre gratitude pour leur bienveillant accueil. Nous n'avons qu'un regret à exprimer, c'est d'avoir passé trop peu de temps près d'eux et d'être obligé de renoncer si tôt à leurs savantes leçons.

Nous tenons à remercier particulièrement M. le professeur Forgue, à la bienveillance duquel nous devons une de nos plus intéressantes observations.

M. le professeur Estor, qui a bien voulu nous suggérer l'idée de ce travail, n'a cessé de nous marquer la plus grande bienveillance, durant notre séjour à la Faculté de Montpellier. Aujourd'hui,— nouveau titre à notre reconnaissance, — il daigne nous faire l'honneur de présider notre thèse. Qu'il nous permette de lui adresser l'hommage de nos très respectueux et très sincères remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES CONGÉNITAUX

MÉDIANS

DE L'ESPACE THYRO-HYOÏDIEN

(KYSTES DERMOÏDES ET MUCOÏDES)

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Anatomie de l'espace thyro-hyoïdien

La région que nous étudions, très variable en hauteur, suivant que la tête est fléchie ou portée dans l'extension, est circonscrite en haut par l'os hyoïde, en bas par le cartilage thyroïde, sur les côtés par le bord antérieur des muscles sterno-mastoïdiens, l'artère carotide, les veines jugulaires et les nerfs pneumogastrique et grand sympathique.

La peau de la région est fine, très sensible, recouverte de poils peu nombreux, et très mobile sur les plans sous-jacents.

Sur la ligne médiane, le peaucier n'existe pas. On trouve au-dessous de la peau et d'une couche cellulaire peu serrée, les aponévroses cervicales superficielle et moyenne qui se réunissent en un feuillet unique au-dessous duquel, et le sépa-

rant de la membrane thyro-hyoïdienne, existe une couche de tissu conjonctif beaucoup plus lâche que le précédent.

Il n'existe donc sur la ligne médiane, au-devant de la membrane thyro-hyoïdienne, que deux couches, la peau et l'aponévrose.

Sur les parties latérales, on rencontre la peau, quelques fibres du peaucier, l'aponévrose cervicale superficielle et les muscles sous-hyoïdiens :

Les *sterno-hyoïdiens*, qui, unis en haut par une lame aponévrotique, et très rapprochés, s'écartent au fur et à mesure qu'ils s'éloignent davantage de l'os hyoïde, délimitant ainsi un triangle à sommet supérieur, dans lequel la peau n'est séparée de la membrane thyro-hyoïdienne que par l'aponévrose;

L'extrémité supérieure de l'*omo-hyoïdien* plus en dehors et sur le même plan que le sterno-hyoïdien ;

Enfin, le muscle *thyro-hyoïdien* au-dessous des deux précédents.

Au-dessous de ces muscles, unissant l'os hyoïde au cartilage thyroïde, nous trouvons *la membrane thyro-hyoïdienne*. Elle se fixe : en bas, au bord supérieur du cartilage thyroïde qu'elle engaine; en haut, elle s'insère au bord postéro-supérieur du corps et des grandes cornes de l'os hyoïde. Fibreuse, résistante, élastique, elle présente une hauteur de 3 à 4 centimètres. Mince en certain endroits, elle se trouve ailleurs notablement épaissie ; on a pu ainsi la diviser en plusieurs zones, considérant comme des ligaments spéciaux les parties plus épaisses : *ligament thyro-hyoïdien moyen*, et *ligaments thyro-hyoïdiens latéraux*, qu'il nous suffira de rappeler.

La membrane thyro-hyoïdienne est en rapport, en avant, avec des rameaux artériels dits thyro-hyoïdiens, provenant de la thyroïdienne supérieure et est traversée sur ses parties latérales par l'artère et le nerf laryngé supérieur.

En arrière de la membrane thyro-hyoïdienne, se trouve un

espace rempli par du tissu cellulo-graisseux et des glandes, qui la sépare de l'épiglotte ; Nélaton pensait à tort que les kystes thyro-hyoïdiens avaient pour point de départ ces glandes épiglottiques.

A l'état physiologique, le larynx éprouve des mouvements incessants d'élévation et d'abaissement. Il en résulte la formation, entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, d'une large cavité séreuse, limitée en avant, par le muscle thyro-hyoïdien, l'aponévrose cervicale et la peau, en arrière, par la membrane thyro-hyoïdienne.

L'insertion supérieure de cette dernière, se faisant non pas au bord inférieur de l'os hyoïde, mais au bord postéro-supérieur de cet os, la bourse séreuse dont il est question se prolonge en haut et présente une espèce de petit arrière-fond dont la paroi antérieure est formée par l'os hyoïde et l'aponévrose cervicale superficielle, et dont la paroi postérieure est constituée par la membrane thyro-hyoïdienne elle-même (Malgaigne) (1).

C'est la bourse séreuse de Boyer. Elle peut donner naissance, en s'enflammant, à une variété de kyste thyro-hyoïdien qui a été souvent confondue avec des kystes d'une autre nature et relevant d'une autre pathogénie, les kystes branchiaux.

Cette bourse séreuse a été étudiée avec soin par Malgaigne et Verneuil (2). Le premier la considérait comme unique et située sur la ligne médiane; pour Verneuil elle serait rare sur la ligne médiane, et le plus souvent double; elle se présenterait sous la forme de deux poches celluleuses situées de part et d'autre de la ligne médiane, et ne communiquant pas entre elles habituellement (3).

(1) Malgaigne, *Traité d'anatomie chirurgicale,* t. II, 1838.

(2) Verneuil, *Arch. gén. de Méd.*

(3) On a aussi décrit une autre bourse séreuse dans la région thyroïdienne, c'est la bourse séreuse sous-cutanée qui existe en avant de la saillie du cartilage thyroïde ou *bourse de Béclard.*

On rencontre assez souvent au-devant de la membrane thyro-hyoïdienne un prolongement de la glande thyroïde, la pyramide de Lalouette. Il naît du bord supérieur de l'isthme et s'élève verticalement au-devant du larynx, en se plaçant ordinairement à gauche de la ligne médiane. Il se prolonge en un cordon assez régulier, cylindrique, qui peut venir s'attacher à l'échancrure du bord supérieur du cartilage thyroïde ou à la membrane thyro-hyoïdienne, ou encore et le plus souvent à la *face postérieure de l'os hyoïde.*

La pyramide se continue parfois au-dessus de l'os hyoïde avec un cordon creux qui se poursuit jusqu'à la face dorsale de la base de la langue (conduit lingual). C'est le canal thyréoglosse de His. Ce tractus représente les vestiges de l'ébauche thyroïdienne médiane, et est tapissé intérieurement d'un épithélium cylindrique à cils vitratiles.

Remarquons en terminant qu'il n'y a aucun ganglion lymphatique dans l'espace thyro-hyoïdien.

CHAPITRE II

Historique

Bien qu'on trouve dans Celse (1) un passage relatif à certaines tumeurs du cou à contenu mélicérique, l'histoire des kystes congénitaux du cou ne commence que vers le milieu de notre siècle.

Boyer, en 1831, dans son *Traité des maladies chirurgicales* (t. VII), parle des kystes thyro-hyoïdiens, inextirpables, selon lui, et se plaint des fistules interminables, consécutives à l'ouverture spontanée ou chirurgicale de ces kystes, qu'il explique par l'impossibilité où se trouveraient les parois de la poche à se rapprocher, parois formées d'une part par la membrane thyro-hyoïdienne en arrière, d'autre part par les muscles thyro-hyoïdiens en avant, et éloignées l'une de l'autre de toute l'épaisseur de l'os hyoïde. Boyer ne parle pas de bourse séreuse.

Dupuytren, dans une leçon clinique publiée par la *Gazette des Hôpitaux* (t. VI, 26 juillet 1831), à l'encontre des assertions de Boyer, démontra que l'extirpation de ces kystes était parfaitement praticable.

Divers auteurs, Laugier (2), Vidal (3), Marchesseaux et Fleury (4) rapportent, vers la même époque, des observations de kystes du cou, mais ils n'en précisent pas la localisation.

(1) Celse, *Opera.*
(2) *Tumeurs du cou, in* Dict. en 30 vol., t. IX, 1835.
(3) *Pathologie chirurgicale.*
(4) *Arch. gén. de Méd.*, 1836.

De plus, aucune théorie pathogénique rationnelle n'est encore émise.

Malgaigne (*Traité d'anat. chirurg.*, t. II, p. 131, 1859), ayant décrit au lieu et place de l'intervalle creux de Boyer une bourse séreuse, considéra les kystes thyro-hyoïdiens comme des hygromas. Mais Nélaton (1), en raison de la nature muqueuse du contenu d'un de ces kystes, expliqua leur formation par une dilatation kystique des follicules sous-muqueux de la région épiglottique.

Ce n'est qu'en 1869 que P. Broca (2) eut l'idée d'appliquer aux kystes du cou la théorie pathogénique de l'enclavement épithélial, émise par Verneuil en 1852. Il publia deux cas de kystes thyro-hyroïdiens et rapporta leur origine à la troisième fente branchiale.

A partir de cette époque, la nature et l'origine branchiale est acceptée par tout le monde et les observations de kystes thyro-hyroïdiens se succèdent et deviennent moins rares. Le *Bordeaux médical*, en 1872, en publie un cas typique; puis Panas, Houel, Faucon (Bull. Soc. de chir., 3e série, t. III, 1874), Heurteaux (3), Tillaux, Tapret (in Th. Affre Paris 1875), Gironde en 1879, Demons en 1885 apportent leur contingent d'observations.

En 1886, Lannelongue et Achard font paraître leur important *Traité des Kystes congénitaux* où, à côté de deux observations personnelles de kystes thyro-hyoïdiens, sont recueillies ou citées la plupart des observations publiées jusqu'à cette époque. Lannelongue y appelle l'attention sur la variété de kystes thyro-hyoïdiens à épithélium cylindrique, qu'il nomme *kystes mucoïdes*.

(1) *Éléments de pathologie chirurgicale*, 1854, t. III.
(2) *Traité des tumeurs*, t. II, p. 79, notes 1 et 2, 1869.
(3) *Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, art. Kystes, 1874.

En 1887, Fauvel (1) étudie dans sa thèse les kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens, mais il laisse complètement de côté les kystes mucoïdes de la même région.

Dans toutes ces publications, la théorie pathogénique de l'enclavement est admise sans réserve. Mais d'autres auteurs, s'appuyant sur les travaux embryologiques de His, sont venus combattre cette théorie. Partant de ce fait, que les fentes branchiales n'existent pas dans la région médiane du cou de l'embryon, ils nient l'enclavement épithélial à ce niveau, et rapportent la formation des kystes médians à épithélium cilié à l'ampliation kystique d'un vestige de l'ébauche thyroïdienne médiane.

Déjà, Bochdaleck, en 1866,à propos d'un kyste du plancher de la bouche, avait émis l'hypothèse que les grenouillettes de la base de la langue résultaient d'une ectasie du canal qui porte son nom.

Les idées de Bochdaleck furent reprises et défendues par Neumann, en 1877.

Quelques années plus tard, en 1885, Verchère et Denucé, qui sont les propagateurs en France de cette théorie pathogénique, présentaient à la Société Anatomique un mémoire sur ce sujet.

Cette théorie ne tarda pas à gagner des partisans et à susciter de nouvelles publications. Certains même, comme Bland Sutton et Streckeisen, voulurent l'appliquer à tous les kystes médians de la langue et du cou.

C'est contre cette tendance que Lannelongue s'élève avec raison dans son ouvrage: « *Affections congénitales*, t. I, 1891. » tout en admettant cette pathogénie, mais à titre exceptionnel, pour certains kystes mucoïdes.

(1) Fauvel, *Kystes thyro-hyoïdiens* (Th. Paris, 1886-1887).

La même année, M. A. Broca, dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, semble trouver les réserves de Lannelongue un peu exagérées et ajoute : « Il est bien certain que le canal de Bochdaleck n'a rien à voir avec les kystes dermoïdes de la pointe de la langue et du plancher buccal. Mais je crois que l'on doit l'invoquer pour expliquer les kystes et les fistules médians et mucoïdes de la base de la langue, et de la région thyro-hyoïdienne. »

Trois ans après, M^elle^ Sulicka publie, sous l'inspiration de A. Broca, sa thèse : « Contribution à l'étude des fistules et kystes congénitaux du cou. Paris, 1894. »

Dans une communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, datant de la même année, Denucé attribue une origine thyro-linguale à tous les kystes congénitaux revêtus d'un épithélium cilié, qu'ils soient lingaux, sus ou sous-hyoïdiens.

Deux de ses élèves, dans des thèses inaugurales (A. Chemin : Contribution à l'étude des restes chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne. Bordeaux 1895 ; et Martin : Des kystes du canal thyro-lingual, Paris 1895) apportent des documents nonveaux à l'appui de la nouvelle théorie pathogénique.

Dans son travail très documenté, auquel nous avons fait de larges emprunts, Martin a pu réunir une trentaine d'observations de kystes du canal thyro-lingual, dont une dizaine de kystes thyro-hyoïdiens

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Les kystes dermoïdes ou mucoïdes de l'espace thyro-hyoïdien présentent, en général, une forme arrondie ou comparable à celle d'un ovoïde à grand axe dirigé transversalement ; ils sont le plus souvent médians et symétriques, mais ils s'étendent quelquefois un peu plus d'un côté que de l'autre.

Leur volume varie avec leur degré de développement ; on en a observé qui étaient gros comme un pois, une noisette, un œuf de pigeon, une petite pomme, un œuf de poule.

Ils siègent au-dessous de l'aponévrose superficielle du cou, qui engaîne de chaque côté, superficiellement, les muscles sterno-hyoïdiens, et au-dessous les muscles thyro-hyoïdiens, dans l'espace compris entre cette couche musculo-aponévrotique et la membrane thyro-hyoïdienne.

A mesure qu'ils se développent, ils s'insinuent entre les deux muscles sterno-hyoïdiens, que sépare une traînée celluleuse, les rejettent en dehors, ainsi que le peaucier, et viennent faire saillie sous la peau, dont ils ne sont plus séparés sur la ligne médiane que par le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose cervicale superficielle distendue et amincie.

Leurs parties latérales sont recouvertes en plus par les muscles précédents. Mais il arrive quelquefois, ainsi que le montre notre observation XII, que le kyste se développe seulement par la partie qui s'est frayée une route à travers l'interstice musculaire médian, si bien que la tumeur repose sur les plans musculaires, et n'est en rapport avec les parties

profondes, membrane thyro-hyoïdienne ou os hyoïde, que par un mince pédicule s'insinuant dans l'interstice musculaire. En un mot, le kyste paraît purement et simplement sous-cutané.

On note presque toujours une adhérence de la paroi avec l'os hyoïde. L'adhérence s'établit le plus souvent par un pédicule tantôt creux, tantôt plein, disposé en ligament ; dans le cas de kyste mucoïde, ce pédicule se prolonge quelquefois jusqu'à la base de la langue ; il n'est pas très rare aussi de constater un prolongement qui relie le kyste mucoïde à la pyramide de Lalouette.

Outre ces connexions, ces tumeurs contractent quelquefois des adhérences avec les tissus voisins, avec les muscles et principalement avec la membrane thyro hyoïdienne.

Au point de vue de la structure des kystes thyro hyoïdiens, nous étudierons séparément les kystes dermoïdes et les kystes mucoïdes. Nous examinerons, dans chaque variété, la paroi et le contenu.

Kystes dermoïdes. — La paroi des kystes dermoïdes est une membrane blanchâtre, relativement épaisse et résistante ; elle peut atteindre et même dépasser deux millimètres d'épaisseur. Elle présente, au point de vue histologique, les caractères généraux du tégument externe ; on trouve, en allant de dehors en dedans, un *derme* souvent doublé dans sa profondeur d'un panicule graisseux, et un *revêtement épithélial* formé de cellules *pavimenteuses stratifiées* qui subissent l'évolution de l'épiderme.

Le *derme* présente sa structure normale : stroma fibro-conjonctif, mêlé de fibres musculaires lisses et de vaisseaux sanguins plus ou moins abondants. On n'y trouve pas, en général, de papilles ; cependant leur présence a été signalée dans une observation de Petel et Duménil. Les glandes séba-

cées, annexées ou non à des follicules pileux, sont moins rares. Des poils sont implantés dans la paroi, et n'existent qu'en des points très limités. Ce n'est que par exception qu'on a rencontré des glandes sudoripares imparfaitement développées, formées seulement d'un tube simple, sans pelotonnement de l'extrémité profonde, et analogues aux glandes sudoripares que Moll a décrites dans les paupières.

L'épiderme est pavimenteux, stratifié et pourvu quelquefois d'une couche cornée et d'un *stratum granulosum* avec grains d'éléidine. Dans la plupart des cas, la couche cornée épithéliale est en partie desquamée et se continue sans ligne de démarcation précise avec les cellules qui forment le contenu sébacé de la poche kystique.

Le contenu est une matière sébacée, d'aspect blanchâtre ou grisâtre; on l'a comparé à de la substance cérébrale, à de la purée de châtaigne, à de la glace au café, à du mastic de vitrier. Plus ou moins concret et pâteux, il est généralement homogène, mais quelquefois il est mélangé d'une certaine quantité de liquide, et présente un aspect granuleux, comparable à des grains de riz cuit ou à de la matière caséeuse.

Cette masse est composée de graisse libre, de cristaux de cholestérine, de débris de cellules épithéliales plus ou moins déformées et racornies ou infiltrées de graisse.

Dans la moitié des cas environ, on a rencontré des poils mélangés avec la matière sébacée. Ils sont plus ou moins nombreux, tantôt fins et courts, tantôt longs de plusieurs centimètres. Quelle que soit la couleur des cheveux du malade, ces poils sont toujours d'une teinte pâle, blonds ou blanchâtres. On n'y a jamais trouvé d'os ni de dents comme dans un certain nombre de kystes dermoïdes des autres régions.

Kystes mucoïdes. — Les kystes mucoïdes thyro-hyoïdiens ont une paroi mince, souple, blanchâtre ou bleuâtre,

dont la face externe est en général lisse et peu adhérente aux parties voisines, à l'exception du pédicule qui, lui, va s'attacher fortement à la membrane thyro-hyoïdienne ou à l'os hyoïde, ou même à la base de la langue. Ce pédicule peut manquer ou coexister avec un deuxième prolongement, inconstant lui aussi, allant, en sens opposé, se mettre en rapport avec la pyramide de Lalouette ou l'isthme du corps thyroïde.

Au point de vue histologique, ce qui caractérise ces tumeurs, c'est l'épithélium qui tapisse la face interne de la paroi.

Sur des coupes, on trouve que cette paroi est constituée par des éléments inconstants, fibres musculaires, tissu thyroïdien (obs. XXII) et des éléments constants qui sont, en allant de dehors en dedans :

1° Une couche conjonctive assez riche en vaisseaux formée de lamelles concentriques de tissu connectif ou élastique;

2° Un épithélium le plus souvent stratifié, formé de cellules allongées, cylindriques, présentant une petite extrémité tournée du côté de la paroi, et une grosse en forme de plateau finement strié qui regarde la cavité du kyste.

A la surface libre de ces cellules on distingue très fréquemment des cils vibratiles. Ce dernier caractère est inconstant, mais le caractère *muqueux* de ce revêtement épithélial n'est pas contestable.

Il n'est pas rare de voir coexister un épithélium pavimenteux stratifié avec ou sans cils vibratiles. Le passage de l'une à l'autre variété se fait par transition (obs. XXVII).

Le *contenu*, visqueux, filant, est comparable à du blanc d'œuf non cuit, rappelant également le *mucus utérin* ou nasal; il est parfois citrin, de consistance huileuse; suivant qu'il est mélangé à une plus ou moins grande quantité de sang, il peut être rouge brun ou couleur chocolat. D'ailleurs, dans sa coloration, pas plus que dans sa consistance, il ne faut pas chercher de caractère pathognomonique (Martin).

Dans ce liquide flottent des cristaux de cholestérine, des leucocytes, quelques hématies, des cellules cylindriques avec ou sans cils vibratiles. Lorsque le kyste a suppuré on y rencontre aussi les microbes de la suppuration.

L'augmentation parfois rapide des kystes dermoïdes ou mucoïdes, à un certain moment, après une longue période de torpeur, avait fait soulever l'hypothèse, — appuyée sur quelques faits expérimentaux (Verneuil et Clado), — que ce changement brusque dans la marche de l'affection, jusque-là silencieuse, pouvait tenir à l'arrivée de microorganismes dans la cavité du kyste.

Lannelongue a fait des recherches à ce sujet ; il a examiné le contenu de neuf kystes du cou, et est arrivé à des résultats négatifs, sauf dans deux cas où les kystes ont donné des cultures de microbes. Mais ces deux faits doivent être écartés, car on avait affaire à des kystes déjà modifiés par la suppuration. Lannelongue conclut de ces recherches « que les kystes dermoïdes et mucoïdes, tant que leurs parois ont conservé les caractères des tissus normaux et que leur cavité n'a pas été mise en communication avec l'extérieur, ne renferment pas de microbes, ou du moins ne renferment pas de microbes cultivables dans les milieux qui sont actuellement d'un emploi ordinaire en bactériologie. »

CHAPITRE IV

Pathogénie

On a confondu pendant longtemps les kystes congénitaux thyro-hyoïdiens avec des sortes d'hygromas siégeant dans les bourses séreuses de la région, surtout dans la bourse séreuse de Boyer (ou de Malgaigne), laquelle, ainsi qu'on l'a vu, se prolonge en arrière de l'os hyoïde, entre celui-ci et la membrane thyro-hyoïdienne.

L'existence de l'hygroma de Boyer, possible à la rigueur, n'est démontrée par aucun examen anatomo-pathologique ; et l'on peut dire aujourd'hui que, si cet examen avait été pratiqué, il aurait révélé la nature épithéliale de la paroi de la poche et par conséquent l'origine congénitale de la tumeur. Les caractères du contenu, la marche, l'évolution de ces kystes, que nous trouvons relatés dans la description de Boyer, nous permettent, à défaut d'examen histologique, de les rapprocher des kystes congénitaux bien connus aujourd'hui, et que Lannelongue a appelés kystes mucoïdes.

En 1854, Nélaton, se fondant sur le caractère muqueux des liquides provenant de l'ouverture d'une de ces tumeurs, et sur ce qu'un stylet, introduit dans le trajet fistuleux, s'enfonçait profondément derrière l'os hyoïde jusqu'à la base de l'épiglotte, imagina une autre pathogénie : il émit des doutes sur le siège anatomique de la lésion, que Boyer plaçait, avec raison, en avant de la membrane thyro-hyoïdienne, et avança l'hypothèse que les kystes thyro-hyoïdiens n'étaient pas des

hygromas de la bourse séreuse de même nom, mais des kystes glandulaires formés par l'ampliation des follicules sous-muqueux placés entre la membrane thyro-hyoïdienne et l'épiglotte. Il donna à ces tumeurs le nom de grenouillettes sous-hyoïdiennes.

Mais, jusqu'à présent, rien ne prouve cette origine, et il est même invraisemblable qu'une tumeur kystique siégeant dans les glandes épiglottiques ne se développe pas plutôt du côté de la base de la langue.

Telles furent les théories pathogéniques invoquées tant que furent méconnus le caractère congénital de ces kystes et la nature dermoïde ou mucoïde de leur paroi. Mais les observations plus attentives de ces trente dernières années ont rapproché ces tumeurs des kystes congénitaux déjà connus des autres régions. Déjà, en 1869, Broca, observant deux cas de kystes thyro-hyoïdiens à contenu athéromateux, reconnut leur origine congénitale et leur appliqua la théorie de l'enclavement émise par Verneuil, quelques années auparavant, pour expliquer la formation des kystes dermoïdes de l'orbite. Plus près de nous, Lannelongue (*Traité des kystes congénitaux*), rapprocha les kystes mucoïdes thyro-hyoïdiens des kystes dermoïdes de la même région et les fit rentrer dans la même pathogénie de l'enclavement, en faisant remonter leur origine à un vice dans l'évolution des fentes branchiales.

Avant d'examiner comment l'on explique le mécanisme de l'enclavement au niveau du cou, nous ne croyons pas inutile de passer rapidement en revue les diverses théories émises pour expliquer la pathogénie des kystes dermoïdes en général.

I. La théorie de Geoffroy-St-Hilaire, ou *théorie de la diplogénèse par inclusion*, considère le kyste comme un individu primitivement distinct, et sa formation comme le résultat d'une monstruosité double. Acceptable à la rigueur pour les cas de

kystes très complexes, de tératomes, elle n'est guère applicable ici : « Il faut, dit Lannelongue, un grand effort d'imagination et beaucoup de bonne volonté, pour reconnaître dans un simple kyste dermoïde, dans un petit sac formé de peau, souvent même sans papilles ni glandes sudoripares, le représentant d'un individu distinct. »

II. *Théorie de l'hétérotopie plastique, ou du néoplasme.*— Lebert rapproche les kystes dermoïdes des autres néoplasmes et admet leur formation spontanée : « Beaucoup de tissus simples ou composés, et des organes plus complexes même, écrit il, peuvent se former de toutes pièces dans des endroits du corps, où, à l'état normal on ne les rencontre point. » Ces tumeurs se développeraient en vertu « d'une aberration particulière de la nutrition. » Cette théorie, formellement repoussée par Lannelongue, « donne l'impression du hasard mis en formule et érigé en loi : par là même, elle est choquante et peu philosophique. » (Le Dentu.)

III. *Théorie de la grossesse extra-utérine.* — Cette théorie consiste à considérer les kystes dermoïdes comme un produit de conception de siège anormal, c'est-à-dire, comme le résultat d'une grossesse extra-utérine. Elle n'est pas soutenable, car on ne peut attribuer à une grossesse extra-utérine un kyste dermoïde du cou ou du testicule. Elle ne peut même pas expliquer les kystes complexes des ovaires, car on les a rencontrés chez des nouveau-nés et chez des vierges.

IV. Nous rappelons à ce sujet, la *théorie de la parthénogénèse.* La parthénogénèse est le développement d'un ovule en embryon, en dehors de toute fécondation. On a attribué la formation des kystes dermoïdes de l'ovaire au développement d'un ovule non fécondé. Mais cette formation, toute vraisemblable qu'elle puisse être, n'est nullement démontrée.

V. *Théorie des cellules nodales*, de Bard. — D'après Bard, l'ovule fécondé, et les premières cellules qui en naissent, ont la propriété de donner naissance, en se *dédoublant*, à des cellules-filles, *différentes* de la cellule-mère, et différentes entre elles. Ces premières cellules ont donc une complexité extrême, c'est-à-dire une puissance évolutive, qui leur permet d'engendrer les tissus les plus différents. Ce sont ces cellules qu'il appelle *cellules nodales*. A mesure qu'on s'éloigne de l'ovule, la complexité des cellules diminue jusqu'à ce que les espèces soient fixées. Chaque cellule est alors devenue spécifique.

Pour expliquer la formation des kystes dermoïdes, Bard suppose qu'il peut persister dans les tissus, jusque chez l'adulte, des cellules nodales, qui conservent toute leur complexité, toute leur puissance évolutive, et que c'est la prolifération de ces cellules qui engendrerait les kystes dermoïdes.

Cette théorie est très curieuse, très séduisante, mais on ne peut démontrer l'existence des cellules nodales. D'ailleurs, elle n'explique pas le siège de prédilection des kystes dermoïdes dans certaines régions déterminées.

VI. *Théorie de l'enclavement.* — La théorie de l'enclavement considère les kystes dermoïdes comme dérivant du tégument cutané de l'embryon, dont une portion, restée pour ainsi dire en arrière pendant le développement fœtal, se serait enclavée au sein des autres tissus et aurait, par son accroissement ultérieur, donné lieu à la formation d'un kyste.

Cette théorie a été développée pour la première fois par Verneuil: « Un certain nombre de kystes pilifères, écrit-il (*Arch. gén. de méd.*, 1855, 2e série, t. VI, p. 202), remarquables par la constance de leur siège et la ressemblance de leur structure, doivent être rapportés à une anomalie dans la réunion et la fusion de quelques parties de tégument primitive-

ment séparées par des fissures ; je fais allusion ici aux kystes pileux de la région orbitaire : la manière dont l'extrémité du renflement céphalique s'unit avec les parties latérales de la face, au niveau des orbites, m'engagerait à croire que quelques portions de la peau du fond de la fissure restent emprisonnées profondément dans la région sourcilière et se développeraient ultérieurement. Il est remarquable que ces tumeurs, dont la congénitalité n'est pas douteuse, ne renferment jamais que des produits tégumentaires (poils, peau, épiderme, glandes sébacées, jamais ni os, ni dents), et présentent avec les couches superficielles et profondes des rapports constants. »

Généralisant la théorie de Verneuil, on admet que les kystes dermoïdes sont dus au déplacement, à l'inclusion, à la greffe de certains éléments anatomiques, à la transplantation de tissus qui peuvent rester silencieux pendant un certain temps ; puis tout à coup, sous l'influence d'une cause souvent inconnue, ils prennent un développement rapide et constituent de véritables tumeurs.

L'expérimentation a confirmé cette théorie de la formation des kystes dermoïdes par le mécanisme de l'enclavement ; en effet, on a pu, au moyen de greffes cutanées, déterminer l'enclavement artificiel et produire par ce moyen de véritables kystes dermoïdes. Nous rappellerons seulement les expériences de Masse (de Bordeaux) (1), de Lannelongue et Achard sur des animaux ; les remarques de Gross (de Nancy) sur les tumeurs perlées des doigts résultant de traumatismes et de greffes ; les communications de Poulet (1886), de Péraire (1895) sur les kystes dermoïdes acquis.

(1) Quénu (*Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus) n'accepte pas ces expériences comme preuve de l'enclavement : « Les expériences de Masse ne prouvent à mon sens qu'une chose, dit-il, c'est que les greffes cutanées qu'on a obtenues s'enkystent, elle ne démontre nullement que les dermoïdes résultent dans tous les cas d'une inclusion de la peau. »

Dans la région du cou, on explique la formation des kystes de la manière suivante : Au moment de la fermeture des fentes branchiales, pendant la période embryonnaire, il y a pincement de petites portions d'ectoderme (kystes dermoïdes) ou d'endoderme (k. mucoïdes) ; ces petites masses épithéliales enclavées, après avoir plus ou moins longtemps sommeillé, deviennent l'origine de kystes.

Défendue avec talent par Lannelongue, dans son beau livre « des kystes congénitaux », cette théorie est acceptée par la généralité. Mais si elle est applicable à la plupart des kystes dermoïdes que l'on rencontre dans les autres régions du cou et de la face, des travaux récents, des recherches modernes sur l'embryogénie, semblent démontrer que la théorie de l'enclavement ne peut être invoquée pour la totalité des productions kystiques de la région *médiane* du plancher de la bouche et du cou, et en particulier pour les kystes thyro-hyoïdiens que Lannelongue englobe dans la même pathogénie.

Plusieurs auteurs s'accordent aujourd'hui pour reconnaître que les kystes mucoïdes à épithélium cylindrique de la région médiane du cou, au lieu de naître par un simple enclavement, se développent dans un canal muqueux allant du *foramen cæcum* vers le larynx et le corps thyroïde : le *canal thyro-lingual* décrit par Bochdaleck en 1866, bien étudié plus récemment par His.

Pour exposer ce point de la pathogénie des kystes thyro-hyoïdiens, nous sommes forcé d'entrer dans quelques consi-ration embryologiques.

APPAREIL BRANCHIAL

Vers la fin de la deuxième semaine qui suit la fécondation, la région qui représente le cou chez un embryon humain est extrêmement courte ; sur une coupe frontale, cette région

apparaît constituée par la cavité du pharynx et par une paroi dans laquelle on retrouve les trois feuillets du blastoderme. Sur les côtés et antérieurement, cette paroi paraît très mince, comme si une couche à peine sensible de mésoderme séparait l'entoderme pharyngien de l'ectoderme du corps; mais à ce moment, elle est lisse, absolument unie aussi bien en dedans qu'en dehors.

Bientôt, au début de la troisième semaine, on voit apparaître, en arrière et de chaque côté, dans le pli qui correspond à l'angle d'inflexion du capuchon céphalique sur les rudiments de la colonne vertébrale, une série de points épais, au nombre de quatre, situés l'un au-dessous de l'autre, régulièrement espacés.

Dus à un épaississement du mésoderme, qui refoule en dedans l'entoderme, repousse en dehors l'ectoderme, tandis qu'au-dessus et au-dessous ces deux feuillets sont presque accolés l'un à l'autre, ces points ne tardent pas à s'étendre, formant de véritables bandelettes s'avançant vers la ligne médiane antérieure. A ce moment, on voit sur les côtés du cou quatre bourrelets saillants, les *arcs branchiaux*, régulièrement espacés et séparés les uns des autres par des dépressions : les *sillons branchiaux*.

A ces sillons branchiaux externes correspondent, du côté interne, des sillons beaucoup plus développés, désignés par His sous le nom de *poches branchiales*. La membrane, réduite à l'ectoderme et à l'entoderme accolés, qui est ainsi tendue entre les arcs branchiaux et qui sépare les sillons branchiaux des poches branchiales, a reçu le nom de *membrane clôturale*.

L'ensemble des arcs branchiaux a reçu le nom de *système branchial* ou *viscéral*.

Le premier arc, *arc maxillaire*, ou *facial*, prend naissance à la base du crâne, dans la région sphénoïdale, et se divise en deux branches : la supérieure, courte, formera la partie

externe du maxillaire supérieur, dont la partie moyenne est formée par le bourgeon frontal ; l'inférieure formera le maxillaire inférieur en se réunissant sur la ligne médiane à sa congénère du côté opposé.

Aux dépens du deuxième arc, ou *arc stylo-hyoïdien*, se développent l'étrier et son muscle, l'apophyse styloïde, le ligament stylo-hyoïdien et la petite corne de l'os hyoïde.

Le troisième donne naissance au corps de l'os hyoïde, à sa grande corne et à l'épiglotte.

Le quatrième fournit le larynx, sauf l'épiglotte, et toutes les parties molles du cou.

On croyait généralement autrefois, et quelques embryologistes pensent encore aujourd'hui que la membrane clôturale ne tarde pas à se résorber, de telle sorte que chaque arc serait séparé de ses voisins par une *fente* (fente branchiale) sur les bords de laquelle l'ectoderme se continuerait avec l'entoderme.

Les travaux de His et de plusieurs autres savants tendent à prouver que c'est là une erreur. Le feuillet moyen s'épaissit au niveau des arcs, s'amincit entre eux ou même disparaît, mais les deux plaques épithéliales adossées ne se résorbent pas. Dès lors, *il n'y a pas de fentes*, mais simplement des rainures, des sillons internes et externes.

De même, d'après His, *les quatre arcs branchiaux ne viennent pas se souder deux à deux en avant, sur la ligne médiane,* ainsi qu'on l'admettait autrefois. Le premier, seul, se comporte ainsi ; *les autres restent écartés par une masse mésodermique* d'autant plus large qu'on s'éloigne davantage de la soudure maxillaire. Il y a donc là une membrane triangulaire pleine, à sommet antérieur correspondant à la symphyse maxillaire, et à base postérieure, *champ méso-branchial* de His, qui ne *prend pas part à l'évolution branchiale*.

Les arcs branchiaux que nous venons de décrire, primiti-

vement parallèles et régulièrement superposés, s'affaissent les uns sur les autres dans le cours du développement et tendent à rentrer les uns dans les autres comme les tubes d'une lorgnette. Il en résulte que les quatrième, troisième et même deuxième sillons cutanés se confondent en une poche anfractueuse comprise entre la paroi du cou et celle du thorax, appelée *sinus præcervicalis*. Le *sinus præcervicalis* se comble plus tard et le cou acquiert sa forme extérieure définitive ; mais, dans des cas exceptionnels, il peut subsister un vestige de ce *sinus* à l'état de fistule branchiale (1).

Canal thyro-lingual. — Si l'on fait une coupe verticale et transversale d'un embryon à l'époque précise où les deux bourgeons maxillaires inférieurs viennent à se toucher, et qu'on examine la moitié antérieure par sa face pharyngée, on voit, au centre du triangle méso-branchial, le bulbe aortique qui fournit de chaque côté les arcs aortiques appliqués à la face interne des arcs branchiaux auxquels ils sont destinés. En avant du bulbe aortique, sur la soudure maxillaire, apparaît un tubercule médian (*tuberculum impar*), premier rudiment *du corps de la langue*. En arrière, entre le deuxième et le troisième arc, une autre saillie se forme simultanément,

(1) Le premier sillon branchial, intermédiaire à l'arc mandibulaire et à l'arc stylo-hyoïdien, ne disparaît pas complètement ; la trompe d'Eustache, la caisse du tympan et le conduit auditif externe en sont les vestiges.

Les deuxième et troisième poches branchiales sont parallèles à la précédente et en sont très rapprochées sur toute leur étendue. La deuxième se prolonge, d'après Rabl, en un *conduit branchial* qui se dirige vers l'opercule branchial du deuxième arc et se met en rapport avec la paroi antérieure du *sinus præcervicalis*.

La troisième, qui est en connexion avec le *sinus præcervicalis*, semble donner naissance au thymus.

La quatrième suit une direction assez exactement tracée par le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Sa moitié supérieure est très voisine des trois sillons précédents.

c'est le *tubercule laryngé*, origine du larynx et en même temps de la *base de la langue*.

On doit à His d'avoir montré que la langue provient de deux rudiments : l'un, antérieur et principal, destiné à former le corps de la langue, est le *tuberculum impar ;* l'autre, postérieur et accessoire, ne devant former que la région de la base de la langue, dépend du tubercule laryngé situé au point d'union des deuxième et troisième arcs branchiaux. Ces deux rudiments s'avancent l'un vers l'autre en s'agrandissant. Le postérieur, constitué par deux bourrelets, prend la forme d'un V ouvert en avant (*furcula* de His) et emboîte l'extrémité correspondante du *tuberculum impar*.

Le V lingual des papilles caliciformes est une trace de cette disposition embryonnaire.

Pendant la période de développement des deux portions de la langue, un organe particulier prend naissance dans leur intervalle sur la ligne médiane : c'est le *canal thyro-lingual*.

Il consiste en un cul-de-sac revêtu d'épithélium, qui s'allonge peu à peu et fournit par son extrémité profonde un organe glanduleux qui sera la *portion moyenne du corps thyroïde*. Cette masse est, à l'origine, appliquée à la surface du bulbe aortique. Plus tard, les organes d'origine branchiale changent de rapport : la tête, primitivemement fléchie sur le tronc, se relève, les arcs branchiaux s'abaissent par leur extrémité antérieure, deviennent obliques ; l'aorte quitte le cou et descend dans le thorax, la glande thyroïde, enfin, suivant le même mouvement, descend dans une certaine mesure en s'éloignant des arcs branchiaux et se place au-dessous du larynx.

Le *canal thyro-lingual* s'ouvre à la surface de la langue, au niveau du foramen, derrière la grande papille caliciforme médiane, ou sur une dépression médiane postérieure, puis il chemine de haut en bas et d'avant en arrière, descend à

travers ce qui doit être la membrane thyro-hyoïdienne, au devant du larynx et se termine sur la thyroïde moyenne ou pyramide de Lalouette.

D'après His, ce canal est absolument transitoire, et ne persiste que jusqu'à la cinquième semaine environ de la vie intra-utérine. Pendant cette période, il est perméable sur toute son étendue, ne présente aucun diverticule, est tapissé intérieurement d'un *épithélium cylindrique cilié.* Vers la fin de la cinquième semaine, si l'évolution est normale, ce canal devient discontinu et se transforme en un tractus fibreux, privé de lumière, *tractus thyréo-glosse,* étendu du foramen à une très courte distance du lobe thyroïdien médian.

Dans la plupart des cas, ce cordon fibreux lui-même disparaît sous un incessant envahissement de cellules adipeuses; il n'est plus possible de le retrouver, et il ne reste plus chez l'adulte, comme vestige du canal thyro-glosse, que le *foramen cæcum* en haut, la *pyramide de Lalouette* en bas, vestiges plus ou moins apparents, suivant les cas.

Mais il peut évoluer d'une façon anormale, et persister sur une partie plus ou moins grande de sa longueur. His a constaté, dans plusieurs cas, un canal complet étendu de la surface linguale au sommet de la pyramide de Lalouette, interrompu seulement au niveau du ligament thyro-hyoïdien moyen. D'autres fois ce canal ne persiste que sur une fraction de sa longueur, tantôt dans sa partie sus-hyoïdienne, tantôt dans sa partie sous-hyoïdienne.

Dans ce dernier cas, il peut présenter un certain nombre de diverticules dans lesquels se jettent de petits canalicules, analogues à des *acini* glandulaires, mais pourvus d'un épithélium cilié. C'est à ce mode d'évolution qu'on rattache la formation des glandes thyroïdes accessoires dans le voisinage de l'os hyoïde.

Les notions d'embryogénie que nous venons de rappeler font voir qu'un enclavement épithélial ne peut en aucune façon expliquer la formation des différents kystes thyro-hyoïdiens (Denucé).

Cette pathogénie, admissible au temps où l'on croyait à la présence des fentes branchiales et à la réunion sur la ligne médiane des troisième et quatrième arcs branchiaux, ne peut guère être acceptée depuis les travaux de His. Il est difficile, en effet, de s'expliquer la production d'un enclavement quelconque en cette région, où il n'existe même pas de sillons branchiaux, et où les trois feuillets du blastoderme persistent avec leur épaisseur normale, pour constituer le champ méso-branchial.

Plusieurs chirurgiens, s'appuyant sur les travaux de His et sur leurs recherches personnelles, ont édifié une nouvelle théorie pathogénique pour expliquer la formation des kystes mucoïdes médians du cou.

L'hypothèse de l'enclavement étant rejetée, on peut admettre, en effet, qu'un semblable kyste, revêtu d'une muqueuse à épithélium vibratile n'a pu se développer spontanément de toutes pièces dans le tissu cellulaire (ce serait revenir à la théorie de l'hétérotopie plastique de Lebert), mais a eu comme point de départ un organe creux ou canaliculé, normalement ou accidentellement clos.

Les organes de ce genre que l'on trouve dans la région thyro-hyoïdienne sont les glandes sébacées, sudoripares, des bourses séreuses, et, accidentellement, des vestiges du canal thyro-lingual.

La structure histologique des glandes sébacées et sudoripares diffère absolument de celle des kystes à épithélium vibratile. Elles ne peuvent leur donner naissance.

Ces kystes ne peuvent pas non plus naître dans les cavités

séreuses (Boyer, Béclard), de la région. La nature de leur épithélium doit en faire écarter cette origine.

Il ne reste donc qu'une hypothèse admissible : rattacher la formation du kyste à la persistance et à la dilatation kystique d'un vestige de l'ébauche thyroïdienne médiane : canal de Bochdaleck ou thyroïde accessoire.

Par leur situation sur la ligne médiane du cou, par la présence sur leur paroi interne d'un épithélium cylindrique cilié, par leurs connexions avec l'os hyoïde et la pyramide de Lalouette, les kystes mucoïdes rappellent de tous points les caractères ordinaires des divers segments du canal thyréoglosse. Aussi peut-on dire que c'est aux dépens de l'un de ces segments qu'ils sont développés.

Telle est la pathogénie des fistules et kystes médians et mucoïdes du cou, soutenue par Neumann, Bland Sutton, Denucé, Buscarlet, A. Broca, etc.

Faut-il, comme le veulent Bland Sutton, Streckeisen, et quelques autres chirurgiens, attribuer la même origine aux kystes thyro-hyoïdiens dermoïdes, et rejeter complètement, au sujet de ces kystes, la théorie de l'enclavement ? Lannelongue (*Affections congénitales*, t. I) s'est élevé avec vigueur contre cette tendance, en invoquant la structure histologique des kystes dermoïdes, et repousse la doctrine qui voudrait en faire un dérivé du canal de Bochdaleck.

Quoi qu'il en soit, nous avons vu que l'on conçoit difficilement la possibilité d'un pincement cutané dans cette région médiane du champ méso-branchial, dépourvue de tout sillon branchial.

Peut-être faut-il invoquer la persistance du sinus præcervical ; ce dernier étant de nature ectodermique, rien ne s'oppose à cette pathogénie.

Mais nous n'avons pas la prétention de trancher la question. Nous conclurons néanmoins, de cet exposé un peu long,

que les kystes mucoïdes à épithélium vibratile, semblent reconnaître pour origine, la persistance du canal de Bochdaleck. Ils s'opposent ainsi aux kystes dermoïdes proprement dits, et constituent une variété toute différente de kystes congénitaux.

CHAPITRE V

Étiologie

On sait peu de chose au sujet de l'étiologie des kystes dermoïdes et mucoïdes. Ces tumeurs sont, à n'en pas douter, congénitales, quoique le moment où se fait leur développement et où l'on en constate la présence soit assez variable. Elles se développpent aux dépens d'un germe congénital. Comme l'a fort bien fait remarquer Lannelongue, « l'expression de congénital, appliqué au mot kyste, n'implique pas qu'il existe au moment même de la naissance ; elle indique seulement que son existence se rattache à un trouble de développement, lequel peut ne se révéler qu'à un âge fort avancé (1). » Quant à la cause secondaire qui favorise l'éclosion de ce germe, elle nous échappe absolument.

On a observé des kystes dermoïdes à tous les âges de la vie. Mais, cependant, si on en a vu se manifester seulement dans la vieillesse, cette évolution tardive est rarement observée. C'est habituellement vers l'adolescence ou pendant la jeunesse, et plus particulièrement autour de la vingtième année, qu'on les observe le plus souvent.

De l'examen des observations que nous avons pu recueillir, il ressort que les kystes thyro-hyoïdiens seraient plus fréquents chez les garçons que chez les filles.

Quoique Fauvel rapporte deux cas de kystes thyro-hyoïdiens observés chez deux frères, l'influence de l'hérédité n'est guère admise.

(1) De même, on appelle hernie congénitale toute hernie développée, par suite d'une malconformation d'une région herniaire, à une époque plus ou moins éloignée de la naissance (Quénu).

CHAPITRE VI

Symptomatologie

Les kystes thyro-hyoïdiens apparaissent sous forme d'une petite masse plus ou moins arrondie, grosse à peine comme un pois. Située au-dessus du cartilage thyroïde, sur la ligne médiane, ou légèrement à droite ou à gauche, cette petite tumeur augmente lentement et progressivement de volume, et présente, lorsque le médecin est appelé à l'examiner, celui d'une petite noisette ou d'une noix.

Il est des cas où elle se développe beaucoup plus rapidement, et atteint des proportions plus grandes, formant en avant du cou une saillie très disgracieuse.

Les kystes d'un certain volume dépassent la région thyro-hyoïdienne, et remontent parfois un peu au-dessus de l'os hyoïde. Mais, le plus souvent, ils descendent au-devant du cartilage thyroïde, de telle sorte que le point culminant de la tumeur correspond quelquefois à la face antérieure du larynx.

La surface de la tumeur est arrondie et lisse ; et comme la poche est peu tendue d'habitude, la consistance est en général molasse ; on constate assez aisément la fluctuation.

La peau qui recouvre le kyste n'est nullement altérée tant que des complications ne se sont point produites, et conserve sa mobilité au-dessus de lui. En prenant la tumeur entre les doigts, on arrive souvent à la séparer des tissus qui la supportent, et à circonscrire une base étroite, une sorte de pédicule ; on parvient à lui imprimer de petits mouvements laté-

raux, mais rarement on arrive à la déplacer dans le sens vertical.

Les kystes thyro-hyoïdiens, étant le plus souvent étroitement rattachés à la partie antérieure du larynx, suivent les mouvements d'ascension et de descente de cet organe.

Ces tumeurs sont indolores et ne déterminent, en général, aucun trouble fonctionnel. Cependant, dans notre observation XXVII, nous avons noté des accès de suffocation.

Remarquons aussi que ces troubles sont peu en rapport avec le volume de la tumeur; celle de notre malade atteignait tout au plus la grosseur d'une petite noix; tandis que dans d'autres observations où l'absence de troubles fonctionnels est notée, il est question de kystes bien plus volumineux.

Liarras (obs. XXII), chez un malade porteur d'un kyste du volume d'une mandarine, a observé un peu de gêne respiratoire, se montrant surtout à l'occasion d'une marche un peu rapide.

Gironde a signalé aussi un peu de salivation; Panas une difficulté dans les mouvements du larynx. Mais le principal inconvénient est la difformité, et il est en général le seul quand il ne survient pas de complication (Lannelongue).

Les caractères que nous venons d'énumérer sont communs aux kystes dermoïdes et mucoïdes thyro-hyoïdiens. On pourra peut-être se baser pour les distinguer sur la consistance plus pâteuse du kyste dermoïde, qui garde quelquefois l'empreinte du doigt, sur sa fluctuation moins nette; mais il sera en général très difficile de se prononcer à ce sujet, et mieux vaudra réserver ce côté du diagnostic.

CHAPITRE VII

Marche. — Pronostic

Les kystes thyro-hyoïdiens suivent une marche progressivement croissante ; ils ne rétrocèdent jamais.

Mais leur développement est sujet à de grandes variations. Tantôt ils restent à l'état latent, sans que rien puisse en faire soupçonner l'existence ; tantôt, après avoir progressé pendant quelque temps, ils restent stationnaires avant de prendre un accroissement nouveau.

C'est ordinairement vers l'âge de la puberté qu'ils se mettent à grossir rapidement, et peuvent atteindre, en quelques années, voire même en quelques mois, le volume d'une noix, d'un œuf de poule.

Si une extirpation complète n'est venue apporter la guérison radicale, la complication la plus fréquente des kystes thyro-hyoïdiens est l'ouverture spontanée après inflammation et la transformation, par suite, en fistule.

Exposés, en effet, à des froissements continuels par le frottement des vêtements et surtout par les mouvements énergiques d'ascension et de descente, imprimés au larynx par la parole et la déglutition, ils sont fréquemment le siège de poussées inflammatoires qui ont pour conséquence l'ouverture spontanée du kyste.

Car, une fois enflammé, le kyste ne tarde pas à s'ouvrir au dehors, et devient ainsi le siège d'une fistule intarissable. Le trajet n'a aucune tendance à se cicatriser ; il résiste même en général à tous les irritants employés. La raison en est dans

la présence du revêtement épithélial qui, continuant à sécréter, s'oppose à la réunion définitive.

Il arrive parfois que l'orifice fistuleux se fermant passagèrement, le produit de sécrétion s'accumule dans la partie profonde de la cavité, et le kyste reformé prend de nouveau un volume plus ou moins considérable. Mais il ne tarde pas à se rouvrir, provoquant ainsi des récidives, des fistules qui peuvent se reproduire plusieurs fois.

Les récidives sont aussi fréquentes dans le cas d'extirpation incomplète de la paroi.

En général, le pronostic ne présente une réelle gravité que si le malade se refuse ou tarde trop longtemps à demander les secours de l'art. Outre la difformité de plus en plus apparente et une gêne fonctionnelle plus ou moins considérable, le malade est sous la menace permanente de suppuration et de fistulisation de son kyste. Inconvénients que le chirurgien peut éviter ou faire disparaître par l'extirpation ou la destruction entière de la paroi du trajet.

CHAPITRE VIII

Diagnostic

Le diagnostic des kystes thyro-hyoïdiens, dermoïdes ou mucoïdes, n'offre pas en général de difficulté sérieuse.

Si on a affaire à une tumeur apparue chez un sujet d'âge peu avancé, exactement médiane, d'une indolence parfaite, s'étant développée lentement et progressivement, sans réaction inflammatoire, de consistance molle, plus ou moins fluctuante, si une longue période stationnaire a succédé à une phase d'accroissement, on peut affirmer, presque à coup sûr, qu'il s'agit d'un kyste dermoïde ou mucoïde. Ce diagnostic est basé sur les études faites dans ces vingt dernières années: l'examen anatomique de ces kystes après leur ablations a démontré leur nature dermoïde ou mucoïde (Lannelongue).

On admettait autrefois, et on admet encore, la possibilité d'un hygroma de la bourse séreuse de Boyer. Mais l'âge peu avancé des sujets au moment de l'apparition de la tumeur, la marche spéciale de cette dernière, son indolence absolue, constituent autant de caractères spéciaux qui ne sont nullement en rapport avec l'idée d'un hygroma.

De même on doit écarter l'idée émise par Nélaton, du développement possible, vers la région thyro-hyoïdienne, d'un kyste développé dans les follicules épiglottiques situés entre l'épiglotte et la membrane thyro-hyoïdienne. Leur tendance naturelle porterait ces kystes à se développer du côté de la base de la langue et nullement du côté de la peau.

Les *lipomes* possèdent un grand nombre de caractères communs avec les kystes dermoïdes, marche lente, indolence,

fausse fluctuation; et la possibilité de leur existence peut venir à l'esprit, surtout si on ne constate pas facilement la présence d'un pédicule. Mais on les écartera, en se rappelant la sensation spéciale de bosselure multiple, qu'ils fournissent lorsqu'on les presse entre les doigts comme pour les énucléer.

Les *kystes sébacés*, rares dans cette région pauvre en follicules sébacés, se reconnaîtront à leur consistance plus pâteuse qu'élastique, leur siège superficiel, leur adhérence à la peau, la facilité avec laquelle on les fait glisser sur les parties profondes; de plus, ils ne participent pas aux mouvements du larynx.

Les *kystes séreux* du cou sont rarement localisés dans l'espace bien limité qui nous occupe, ils sont plus fluctuants et plus volumineux que les kystes dermoïdes ou mucoïdes.

L'absence de ganglions lymphatiques dans l'espace thyro-hyoïdien nous permet d'écarter l'hypothèse d'une *adénopathie tuberculeuse*.

L'adhérence d'un pédicule à l'os hyoïde pourrait faire songer à une lésion de cet os ayant déterminé un abcès ossifluent. Mais l'absence de douleur, de gonflement, de troubles fonctionnels, en rapport avec l'existence d'une laryngite scrofuleuse ou syphilitique, fait écarter cette hypothèse.

On peut avoir aussi à se demander si l'on ne se trouve pas en présence d'un kyste hydatique ; mais c'est là une affection excessivement rare. En tout cas, une ponction exploratrice, et l'examen microscopique du liquide, seront d'un grand secours. Mais le liquide retiré du kyste peut manquer d'éléments caractéristiques, et le diagnostic restera en suspens jusqu'à l'extirpation de la tumeur et à son examen histologique.

Enfin, sur la question de savoir si l'on a affaire à un kyste dermoïde proprement dit, ou à un kyste mucoïde développé dans un reste de l'ébauche thyroïdienne médiane, on ne pourra se prononcer la plupart du temps qu'après l'opération, en faisant appel au contrôle du microscope.

CHAPITRE IX

Traitement

Les onctions dites résolutives, l'application de caustiques, l'emploi du séton, l'incision simple du kyste, ou l'excision d'une partie de la poche, suivie ou non d'injections de caustiques, injections de vin sucré, d'alcool, de teinture d'iode : tels sont les principaux procédés de traitement des kystes thyro-hyoïdiens, employés autrefois. Mais s'ils ont donné quelques rares succès (Duménil), ils ont été en général incapables de prévenir les récidives, et n'ont abouti le plus souvent qu'à l'établissement de fistules interminables.

Aussi, tout le monde paraît d'accord aujourd'hui, pour adopter l'extirpation du kyste comme méthode de choix. Il importe surtout de faire une extirpation complète, en raison de la facilité avec laquelle se reproduisent ces tumeurs lorsqu'on laisse une portion même très minime, de la paroi.

On pratiquera l'incision des tissus, suivant une ligne verticale, occupant le milieu de la tumeur et dépassant légèrement ses limites supérieure et inférieure. — Lannelongue conseille de faire cette incision, transversalement, de manière à dissimuler la cicatrice dans un pli transversal du cou ; mais l'extirpation doit être moins facile par ce procédé, en raison de la direction des muscles sous-hyoïdiens. — La dissection de la paroi est la partie la plus délicate de l'opération, à cause de la minceur de cette membrane. Le kyste se laisse d'habitude énucléer aisément sur la plus grande partie de sa surface. Si cette énucléation présente des difficultés, on excisera large-

ment les tissus environnants, de façon à ne pas laisser le moindre diverticule, chose importante, si l'on veut éviter les récidives. Ceci fait, à l'aide d'une dissection attentive, on poursuivra aussi loin que possible les pédicules supérieur et inférieur, s'ils existent, et on détruira soigneusement toutes leurs adhérences. Pour cela, il suffira de ruginer ou de cautériser l'os hyoïde. L'hémorragie est généralement insignifiante, ce qui permet, après une hémostase et une suture soignées, d'obtenir, sous un pansement iodoformé ou salolé, la réunion de la plaie opératoire par première intention.

Dans le cas de fistule consécutive à l'ouverture accidentelle du kyste, « la dissection est rendue moins laborieuse par l'introduction préalable d'une sonde volumineuse dans le trajet, ou mieux par l'introduction d'un stylet rigide en forme d'une L, dont un aide maintient l'une des branches dans la fistule, durant toute l'opération.

Enfin, on peut obtenir la guérison, plus simplement, par le procédé du raclage. Le trajet étant incisé sur toute sa longueur, la paroi peut être enlevée à l'aide de la curette tranchante. Comme dans le procédé par dissection, il importe de n'oublier aucun point, aucun diverticule de la fistule, et pour cela il convient d'enlever partout une épaisseur suffisante des tissus autour du trajet. » (Lannelongue.)

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

I. — KYSTES DERMOÏDES

Observation I

(Dupuytren, *Gazette des Hôpitaux*, 26 juillet 1831, n° 26, p. 101)
(Résumée)

Kyste dermoïde thyro-hyoïdien, pris pour un kyste séreux.

Tumeur thyro-hyoïdienne chez jeune fille de treize ans, existant depuis l'âge de quatre ans, du volume d'une noisette ; mobile par le sommet, elle semble adhérente par la base ; elle est indolore, et nettement fluctuante.

Incision verticale médiane : la tumeur présente des adhérences telles que des incisions transversales sont nécessaires pour permettre la dissection sur les côtés. On sectionne les adhérences postérieures, et on excise profondément les parties environnantes avec des ciseaux courbés sur le plat.

Le kyste renfermait une matière mélicérique dans laquelle le chirurgien croit apercevoir quelques poils.

Observation II

(Paget, 1863, cité par Heurteaux, article *Kystes* du *Nouv. Dictionn. de méd. et de chir. prat.*, 1874, p. 753.)

Il s'agit d'une pièce anatomique renfermée dans le Musée du Collège des chirurgiens et relative à un kyste situé au-devant du larynx, adhérant à l'os hyoïde, existant chez un matelot âgé de cinquante à

soixante ans, et datant d'aussi longtemps que le malade pouvait se souvenir.

Ce kyste contenait une matière jaune brunâtre, granuleuse, semblable à du miel, avec beaucoup de cristaux de cholestérine. « Il semble incontestable, dit Heurteaux, qu'il s'agissait là d'un kyste dermoïde, bien que Paget en ait méconnu la nature, et en parle à l'occasion de kystes séreux. »

Observations III et IV

(P. Broca, *Traité des tumeurs*, Paris, 1869, t. II, page 79, notes 1 et 2)

Deux cas de kystes dermoïdes médians du cou.

1° Cette observation a été recueillie sur une petite fille de dix ans, que j'ai traitée, en 1863, à la consultation de la Salpêtrière. C'était le premier cas de ce genre que j'observais, et je crus qu'il s'agissait d'un kyste séreux. J'essayai donc de le traiter par le séton filiforme. Lorsque le séton fut enlevé, je fis sortir par la pression une petite quantité de matière grumeleuse, semblable à celle des kystes sébacés ordinaires. Malgré l'emploi prolongé des injections d'iode, et malgré plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent et avec le fil galvano-caustique, le kyste a récidivé. Les parents n'ont voulu consentir ni à l'incision, ni à l'extirpation, et j'ai perdu l'enfant de vue.

C'était vers l'âge de six ans que la présence de cette tumeur avait été reconnue ; elle était alors grosse comme un haricot, et elle s'accrut si lentement que, lorsque je la vis, quatre ans plus tard, elle n'avait que le volume d'une noisette.

On ne repoussera pas d'une manière absolue l'idée que ce kyste fût congénital, si l'on songe que, profondément caché sous les muscles thyro-hyoïdiens, entre la saillie de l'os hyoïde et celle du cartilage thyroïde, il a pu exister longtemps avant d'attirer l'attention des parents de l'enfant. Toutefois, il est fort possible, il est même probable, que le kyste n'existait pas au moment de la naissance, mais seulement la cavité dermoïde où il s'est développé plus tard, par suite de l'accumulation des produits épithéliaux sécrétés par la membrane dermoïde. C'est ainsi que les kystes pilifères du sourcil ne paraissent souvent que plusieurs années après la naissance.

2° Le second cas de kyste dermoïde thyro-hyoïdien que Broca a

observé lui a été fourni par un jeune homme de dix-sept ans. La tumeur pour laquelle il venait réclamer les soins de ce chirurgien ne s'était manifestée que vers l'âge de treize ans.

La tumeur, qui était grosse comme un œuf de poule, fut disséquée et extirpée sous l'influence du chloroforme, et on trouva plusieurs poils au milieu de la masse de matière sébacée qui le remplissait.

Il y avait plusieurs minutes que l'opération était terminée et que l'inhalation de chloroforme était suspendue, quand la respiration cessa tout à coup. Malgré les soins les plus énergiques et les plus persistants, l'opéré ne put être rappelé à la vie.

Ce fait s'est passé, le 21 octobre 1865, à l'hôpital Saint-Antoine.

Observation V

(*Bordeaux Médical*, 1re année 1872, 25 août, n° 27, page 211)

Kyste dermoïde thyro-hyoïdien

Un jeune homme de dix-huit ans, portant une tumeur à la face antérieure du cou, s'est présenté à l'hôpital pour se soumettre à une opération. Il raconta que ses parents avaient vu cette tumeur six mois après sa naissance. Depuis ce moment, elle avait grossi lentement sans jamais amener de douleurs violentes.

Cette tumeur, arrondie, du volume d'une petite pomme, sans changement de couleur à la peau, était molle, peu distendue, semi-fluctuante, sans transparence. Située exactement sur la ligne médiane, entre l'os hyoïde et les premiers anneaux de la trachée, elle était adhérente aux parties profondes, et suivait les mouvements du larynx pendant l'acte de déglutition.

Une ponction, faite à l'aide d'un appareil aspirateur, donna issue à une matière épaisse, blanchâtre, analogue à celle contenue dans les loupes. Dès lors l'extirpation fut décidée.

En disséquant de chaque côté, après avoir fait une incision verticale médiane, on vit que le kyste, recouvert par les muscles thyro-hyoïdiens, s'étendait jusque sur la membrane de ce nom. En ce point, l'opération devint plus délicate et les ciseaux durent être portés jusque sous l'os hyoïde, qu'on fut obligé de racler. Le kyste put être enlevé tout entier, sans avoir été ouvert, et l'opération en

fut facilitée d'autant. Un kyste dont la paroi est entamée durant l'opération, donne, en effet, comme on dit vulgairement, du fil à retordre.

C'était un type de kyste dermoïde, avec une première enveloppe fibreuse et une paroi interne semblable à la peau, présentant un grand nombre de poils soyeux et blanchâtres, les uns implantés directement sur la paroi, les autres libres dans la cavité remplie d'une matière grasse ressemblant à de la crème épaissie.

Le malade est sorti, parfaitement guéri, quinze jours après l'opération.

Observation VI

(Heurteaux, *Nouv. Dict. de Méd. et de Chirurg. pratique*, t. XIX, page 753, à l'art. *Kystes*, 1864.)

Kyste dermoïde médian thyro-hyoïdien

Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, auquel j'avais eu l'occasion de pratiquer la staphylorrhaphie, cinq années auparavant, pour une division congénitale du voile du palais, opération qui, du reste, avait parfaitement réussi. Ce jeune homme portait au cou, au niveau de la région thyro-hyoïdienne une tumeur molle, sans adhérence à la peau, ayant le volume d'une noix. La mère du jeune homme, interrogée au sujet de cette tumeur, m'apprit qu'elle s'en était aperçue lorsque l'enfant avait un mois environ, mais qu'à ce moment la tumeur était à peine grosse comme une petite noisette. Depuis cette époque, la tumeur s'était accrue progressivement, et, en définitive, elle constituait une difformité fort désagréable, de sorte que ce jeune homme demandait à en être délivré, bien que cette production ne fût pour lui la source d'aucune gêne.

La consistance était molle et fluctuante, la peau mobile et de couleur naturelle; mais, quand on cherchait à faire mouvoir la tumeur sur les couches profondes, elle ne paraissait pas complètement libre, et, dans le mouvement de déglutition, elle s'élevait en même temps que le larynx. La connaissance des deux faits publiés par Broca, me fit penser à la possibilité d'un kyste dermoïde, d'autant plus que l'origine congénitale de la tumeur ne paraissait pas douteuse. Toutefois,

après avoir tout préparé pour l'extirpation, dans le cas où le diagnostic serait confirmé, je fis dans la tumeur une ponction avec un trocart à hydrocèle, afin de reconnaître la nature du contenu; il s'échappa par la canule un peu de matière granuleuse, semblable à celle qui remplit les kystes sébacés et dermoïdes. L'extirpation fut donc pratiquée sur le champ, à l'aide d'une incision verticale. La peau et l'aponévrose cervicale ayant été divisées, la tumeur se montra à nu : elle avait rejeté sur les côtés les muscles sterno-hyoïdiens et reposait sur la membrane thyro-hyoïdienne. A sa base elle adhérait par son pourtour à l'aponévrose d'enveloppe des muscles sterno-hyoïdiens, et, profondément, elle était intimement confondue avec le périoste du corps de l'os hyoïde.

Examinée après l'ablation, elle présenta un peu plus de quatre centimètres de diamètre, malgré la réduction de volume survenue pendant l'opération, à cause de la sortie, par l'ouverture du trocart, d'une portion du contenu. La paroi du kyste est mince ; le contenu très épais, blanchâtre, granuleux, est composé surtout de cellules épidermiques, mais renferme aussi un peu de matière grasse et quelques poils très fins et très courts. Ceux-ci sont en très petit nombre.

L'opéré se rétablit parfaitement.

Observation VII

(Panas, *Bull. soc. de chirurg.*, 3e série, t. III, p. 235, 1874)

Kyste dermoïde de la région hyoïdienne

Un garçon de vingt ans vient à la consultation pour se faire enlever une tumeur qu'il présente à la face antérieure du cou, et sur laquelle il donne les renseignements suivants :

Il affirme qu'elle ne s'est produite que depuis deux mois, et que jamais personne ne l'avait remarquée auparavant. Elle ne lui cause, du reste, aucune douleur, à peine un peu de gêne dans les mouvements de la région.

C'est parce qu'il a remarqué qu'elle grossissait un peu dans ces derniers temps qu'il veut la faire enlever. La tumeur est à peu près du volume d'un œuf de pigeon ; elle siège exactement sur la ligne médiane, au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne, et occupe pré-

cisément le point où se développent les kystes de cette membrane : elle suit exactement les mouvements d'élévation du larynx dans les efforts de la déglutition, et adhère par conséquent aux parties profondes. On remarque seulement cette particularité que la base se circonscrit d'une façon assez nette avec les doigts, ce qu'on n'observait pas de la même manière dans les kystes thyro-hyoïdiens. La tumeur est indolente et non adhérente à la peau.

La ponction est faite d'abord avec un trocart, et, le liquide sortant avec peine, une petite incision est faite avec le bistouri. Il en sort un peu de liquide séreux, mélangé de matière sébacée, et bientôt après on extrait avec des pinces une certaine quantité de cheveux assez longs et de couleur blonde, ce qui contraste avec la couleur actuelle des cheveux du malade, qui sont châtain foncé. La membrane du kyste est fort adhérente aux parties voisines, surtout à l'os hyoïde, et l'on ne peut en enlever que quelques lambeaux avec les pinces.

L'incision est maintenue ouverte pendant quelque temps, puis se ferme au bout de quinze jours environ. Mais la tumeur se remplit de nouveau, et l'on est obligé de rouvrir la plaie, recouverte par une croûte, pour en faire sortir le liquide, constitué par du sang altéré. On y fait alors une injection de teinture d'iode, et, malgré cela, près de trois mois après, l'affection n'est pas guérie, et la plaie menace de devenir fistuleuse.

Observation VIII

(E. Gironde, *Lyon médical*, 17 août 1879, t. XXXI, p. 537)

Kyste congénital du cou

Xavier L..., né à Sartillier (Ardèche), domestique, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, le 27 février 1879. Il est âgé de vingt-trois ans, d'apparence robuste, il n'a jamais été malade. Rien du côté de l'hérédité.

Il vient à l'hôpital pour être débarrassé d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix, lisse, molle, fluctuante : elle est située à la partie médiane et antérieure du cou, un peu au-dessus du cartilage thyroïde. C'est à l'âge de onze ans qu'il se reconnut porteur de cette petite tumeur, qui avait alors le volume d'une noisette. Il n'en était nulle-

ment incommodé, et elle a grossi peu à peu, sans amener de troubles ni de gêne d'aucune sorte. Cependant, il nous raconte que pendant environ deux ans, et à peu près à l'époque où il s'est aperçu de cette tumeur, il salivait beaucoup, et avait à chaque instant le besoin de cracher.

En 1877, il y a donc deux ans, comme il lui était désagréable de garder cette tumeur, qui avait déjà acquis le volume d'une noix, il alla consulter un médecin qui lui fit, séance tenante, une ponction avec un trocart de la grosseur d'un porte-plume. Rien ne s'écoula par la canule de l'instrument ; ce n'est qu'après l'avoir retirée et par expression qu'il fit sortir une substance jaunâtre, épaisse, s'écrasant sous le doigt. Le malade (dont le souvenir n'est pas très précis) croit que cette substance avait à peu près la consistance de la confiture ; mais une chose qu'il se rappelle très bien, et qui l'étonna beaucoup, c'est qu'il sortit en même temps un poil long de 3 à 4 centimètres. Après expression complète de la tumeur, on lui fit une injection de vin sucré.

Six mois après, le kyste avait repris son volume primitif, et une nouvelle ponction donna issue à un liquide de même nature que lors de la première opération.

Cette fois, on lui fit une injection de teinture d'iode.

Pendant quelque temps, le malade se crut guéri ; mais, peu à peu, la tumeur grossit de nouveau, et, un mois après, il n'était pas plus avancé qu'avant son opération.

Actuellement, nous trouvons une tumeur molle, lisse, fluctuante, de la grosseur d'une noix, sous-cutanée, située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, immédiatement au-dessus de l'échancrure de ce cartilage. Au dire du malade, elle n'a jamais été plus volumineuse, elle avait seulement un peu plus de consistance avant la première ponction. La peau n'est nullement altérée et glisse facilement au-dessus ; on voit sur la ligne médiane une petite cicatrice, trou des anciennes ponctions ; de cette cicatrice, et allant à la tumeur, part un petit cordon dur. Cette tumeur est à peu près arrondie, peut-être un peu plus longue dans le sens vertical ; elle recouvre la face antérieure du corps de l'os hyoïde et descend jusqu'au cartilage thyroïde, mais sans avoir aucune connexion avec lui ; elle est pédiculée, mais il est assez difficile de préciser son point d'implantation : tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle paraît complètement indépendante du cartilage et

avoir son point d'implantation sur la partie antéro-inférieure du corps de l'os hyoïde.

Le malade n'a jamais toussé, n'a jamais eu d'enrouement, et l'examen laryngoscopique ne fait rien découvrir.

On porte le diagnostic de kyste congénital, et le 15 mars, après avoir endormi le malade, on procède à l'opération. La dissection est laborieuse, la tumeur est très adhérente aux parties voisines, surtout près de la base, qui vient s'implanter sur l'os hyoïde ; les connexions vasculaires sont peu considérables et la poche est enlevée sans avoir été ouverte. Les deux lèvres de la plaie sont réunies à l'aide d'épingles et d'une suture entortillée ; on ménage seulement à la partie déclive une petite ouverture pour placer un petit drain de caoutchouc. Pansement phéniqué.

Le kyste incisé donne issue à une matière blanchâtre, crémeuse, contenant des poils nombreux, et qui se dissout quand on y ajoute quelques gouttes d'ammoniaque.

La poche présente en quelque sorte deux parois accolées : une externe, plus épaisse, dure, résistante, et une interne peu adhérente à la précédente, plus mince, d'un blanc mat, et offrant des stries analogues à celles qu'on observe sur une peau macérée ; on trouve encore sur cette membrane interne, et assez solidement implantée, un grand nombre de poils blonds, fins, et dont quelques-uns ont jusqu'à 4 centimètres de longueur.

Les suites de l'opération ont été très simples ; les épingles ont été enlevées le lendemain et il y avait réunion immédiate de la plaie. Pendant une huitaine de jours, il s'écoula par la plaie un liquide séro-purulent.

Le malade quitta l'Hôtel-Dieu le 31 mars complètement guéri.

Examen histologique fait par M. Chaudelux, maître de conférences à la Faculté de Lyon. — Les parois de la poche, durcies dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et de nouveau dans l'alcool, suivant la méthode classique, après avoir été étalées et fixées par des épingles sur une lame de liège pour éviter la rétraction, ont été soumises à des coupes régulières dirigées perpendiculairement à la surface.

Ces coupes, colorées au picro-carmin et montées dans la glycérine, nous permettent de distinguer les détails suivants : la trame est essentiellement constituée par du tissu fibreux du derme, mais s'en distinguant cependant par une condensation plus grande des faisceaux et

par une vascularisation plus accusée. Il est à remarquer que la partie superficielle de cette trame fibreuse, dans le point où elle correspond au revêtement épithélial dont il sera question dans un instant, ne présente aucune papille. La surface est absolument planiforme et nulle part on ne rencontre de bourgeons papillaires. Ce fait mérite d'être signalé, car on sait que, chez le fœtus, jusqu'au sixième mois de la vie intra-utérine, le derme se termine par une surface totalement plane, les papilles n'apparaissant que plus tard. Il semble donc, dans ce cas, que la paroi formée aux dépens d'une portion de peau, invaginée, pour ainsi dire, au milieu des tissus, est restée jusqu'à cette époque, et chez cet adulte, avec les caractères mêmes de la peau fœtale.

L'épithélium de revêtement, beaucoup moins développé que sur la peau normale, ne peut être distingué en ses différentes zones fondamentales. Il possède, de la façon la plus nette, sa couche de cellules génératrices et une partie du stratum de Malpighi, mais sans qu'il soit possible de distinguer les cellules dites crénelées. La couche granuleuse fait défaut, et l'on voit immédiatement au-dessus du stratum de Malpighi, une mince couche cornée, tout à fait élémentaire, dont les cellules constituent une mince couche, formant une pellicule, qui pouvait être aisément détachée. Ces cellules cornées, modifiées dans leur structure, ne se colorent pas en jaune, mais bien en rose par le réactif employé. En un mot, elles paraissent avoir subi, par le fait de la macération, une altération de leur protoplasma, qui n'offre plus cette résistance remarquable de l'épithélium corné vrai. Leur destruction incessante donnait lieu au produit accumulé dans l'intérieur de la cavité du kyste, et celui-ci, examiné au microscope, a montré que ces débris cellulaires avaient les formes les plus variables.

Les différentes coupes n'ont pu arriver à passer par un des follicules des poils si nombreux, implantés sur la paroi ; nous ne pouvons donc dire quelles étaient les relations de ceux-ci avec les tissus dont ils dépendaient.

En un point, nous avons aperçu une glande sébacée, tout à fait rudimentaire. Quant aux glandes sudoripares, nous n'avons pu en découvrir aucune.

Les vaisseaux, très développés dans tout le derme de la paroi du kyste, forment immédiatement au-dessous du revêtement épidermique une zone vasculaire très riche et dont les canaux ont un calibre volumineux.

Cette vascularisation, que j'ai retrouvée dans tous les kystes dermoïdes que j'ai eus entre les mains, explique comment, à la suite de la malaxation prolongée, il peut se faire qu'une rupture vasculaire ait lieu, et que le contenu du kyste devienne sanguinolent. Elle explique aussi les hémorragies, parfois abondantes, consécutives à l'opération, ou survenant dans le cours de l'opération.

En résumé, il s'agit là d'un kyste dermoïde nettement caractérisé par un revêtement épidermique de la paroi. Nous ferons remarquer que, contrairement à ce qui a été reconnu par des histologistes dans des cas semblables de kystes congénitaux du cou, il n'existait nullement ni épithélium cylindre à plateau, ni épithélium caliciforme ; le revêtement est véritablement épidermique, et dans ses caractères, modifiés un peu il est vrai, on reconnaît nettement son analogie avec celui de la peau.

Observation IX

(Duménil, *in* thèse Fauvel, Paris, 1887, n° 241. — Résumée)

Kyste dermoïde du cou, à la partie médiane, dans l'espace thyro-hyoïdien

Jeune homme, vingt ans, tumeur du volume d'un petit œuf, siégeant dans l'espace thyro-hyoïdien, remarquée depuis plusieurs années ; bien circonscrite, hémisphérique, fluctuante, indolente, elle suit les mouvement du larynx.

Ponction avec l'aspirateur Potain. Matière blanc-jaunâtre, homogène, ayant la consistance de l'axonge. La cavité est vidée au moyen de lavages à l'eau alcoolisée ; puis, injection de teinture d'iode au tiers. Inflammation, suppuration, sortie d'*un poil* avec le contenu de la poche par l'ouverture fistuleuse. Guérison, persistant encore cinq ans après.

Observation X

(Petel et Duménil, *in* thèse Fauvel, Paris, 1887)

Kyste dermoïde situé sur la ligne médiane du cou au niveau de l'espace thyro-hyoïdien.

Frère jumeau du précédent, vingt-deux ans. Tumeur existant depuis plusieurs anénes, et devenant, lentement, de plus en plus grosse. Volume d'une noix.

Une ponction exploratrice décèle un contenu épais, blanchâtre, présentant un poil long de 3 centimètres.

Lavages de la cavité à l'eau alcoolisée, et injection de teinture d'iode ; persistance du kyste. Nouvelle injection de teinture d'iode, drainage. Six mois après, le kyste persiste toujours. On pratique alors l'extirpation.

Examen histologique du kyste. — De dedans en dehors, on trouve une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, ayant tous les caractères de l'épiderme ; couche cornée, *stratum lucidum, stratum granulosum* avec éléidine.

Le derme présente une couche papillaire. Constitué par des faisceaux fibreux et élastiques, il renferme : 1° de nombreuses glandes sébacées de volume variable, avec poils ; 2° des glandes sudoripares non glomérulées, analogues aux glandes des paupières (gl. de Moll) ; 3° des amas de fibres musculaires lisses et striées. Le contenu n'a pas été examiné.

Observation XI

(Lannelongue et Achard, *Kystes congénitaux*. Paris, 1886, p. 194)

Kyste dermoïde thyro-hyoïdien

Fillette de quatre ans. Tumeur exactement médiane située au niveau de l'espace thyro-hyoïdien, remarquée, il y a quinze jours seulement. Volume d'une noisette ; légère saillie sous la peau. Pas de gêne fonctionnelle. La tumeur suit les mouvements du larynx auquel elle semble adhérer par un pédicule.

Incision médiane de la peau, et ablation de la tumeur par dissection. Pédicule adhérent au larynx. Paroi mince, souple, blanchâtre, d'apparence cutanée. Contenu athéromateux. Examen histologique : la paroi est revêtue *d'épiderme avec corps muqueux, stratum granulosum, pourvu de grains d'éléidine.* Le derme sous-jacent contient des fibres musculaires lisses. Glandes sébacées annexées aux follicules pileux ; en outre, tubes glandulaires appartenant peut-être à des glandes sudoripares.

Observation XII

(Recueillie dans le service de M. le professeur Estor)

(Inédite, personnelle)

Kyste dermoïde du cou

T... (Delphine), âgée de sept ans, entre à l'hôpital le 10 janvier 1898, pour une tumeur siégeant à la partie antérieure du cou, qui, au dire de la mère, aurait débuté à l'âge d'un mois.

Etat général médiocre. L'enfant paraît avoir souffert. Cependant, le sommeil et l'appétit sont bons. Elle se plaint de tousser, mais n'accuse aucune douleur.

On constate sur la partie médiane du cou, une tumeur ayant les dimensions d'une noisette, placée au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Elle n'adhère pas à la peau, paraît fixée profondément par un pédicule sur le cartilage thyroïde; elle est molle, mais pas nettement fluctuante.

Diagnostic: Kyste dermoïde du cou.

Ablation le 14 janvier 1898, par M. Estor. — Après anesthésie à l'éther, on fait une incision médiane, longitudinale, et on arrive sur la tumeur, qui n'adhère en aucun point à la peau, et est placée au-dessus du plan musculaire. On la dissèque et on constate qu'elle présente un pédicule s'engageant dans l'interstice musculaire situé sur la ligne médiane.

Suture immédiate de la plaie opératoire.

En ouvrant le néoplasme on donne issue à une substance ressemblant à de la purée qui paraît être de la matière sébacée.

21 janvier. — On enlève les fils: la plaie est guérie.

L'examen microscopique de la tumeur a été fait par M. le Dr Poujol, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique et de microbiologie, qui a envoyé à M. Estor la note suivante : « Le kyste contenait une substance blanchâtre, puriforme, bouillie athéromateuse composée de granulations graisseuses et de cristaux de cholestérine. La paroi était revêtue d'épiderme. Le diagnostic de kyste dermoïde n'est pas douteux. »

28. — Guérison complète.

Observation XIII

(M. Routier, *Bull. Soc. de chirurgie*, 9 mai 1894. Présentation de pièces.)

Kyste dermoïde de la région thyro-hyoïdienne

Kyste enlevé chez un enfant de sept ans. Il avait été ouvert trois ans auparavant par un médecin qui l'avait pris pour un abcès. C'est le second fait observé par M. Routier.

Observation XIV

E. Kummer, *Kyste dermoïde thyro-hyoïdien congénital*, in *Revue méd. de la Suisse romande*. Genève, 1893, XIII, 495.)

II. — KYSTES MUCOÏDES

Observation XV

(Houel. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 22 avril 1874, 3e série, t. III, p. 220. *Gaz. des Hôpitaux*, 30 mai 1874, n° 62, p. 491.)

Fistule prélaryngée thyro-hyoïdienne.

Le jeune F..., âgé de douze ans et demi, se présente à la consultation de M. le docteur Houel, en novembre 1867, pour une ulcération siégeant à la partie inférieure de la région sus-hyoïdienne, au niveau de la portion médiane de l'os hyoïde. C'est un enfant petit pour son âge et présentant les signes d'une constitution scrofuleuse. Sa naissance a eu lieu après une durée de gestation normale, et il ne semble pas que pendant sa grossesse sa mère ait éprouvé quelque accident notable.

Il était âgé de sept ans, quand sa famille s'aperçut, pour la première fois, qu'il portait sur la ligne médiane antérieure du col, au sommet de l'angle formé par les muscles sus-hyoïdiens et la ligne verticale du larynx, *une petite tumeur* de la grosseur d'une noisette. Bien que ses parents, personnes instruites et intelligentes, aient montré

dans le cours de la maladie, des qualités précises d'observation, il est probable que la tumeur existait avant qu'ils en fissent la découverte : l'étude qu'on en fit ultérieurement vient à l'appui de cette opinion et permet d'admettre que cette tumeur était congénitale.

Cette tumeur, assez dure, mais fluctuante, prit un développement assez notable pour qu'on consultât un chirurgien, qui, croyant à une adénite suppurée siégeant contre la règle ordinaire sur la ligne médiane, y pratiqua une incision. Il fit sortir une petite quantité d'un *liquide transparent* et *assez cohérent* pour s'échapper sous la forme d'une grosse goutte *visqueuse*. Cinq ou six cautérisations furent pratiquées avec l'azotate d'argent dans le fond du sac. La plaie ne se fermait pas et donnait issue à des gouttelettes de liquide que les parents comparent pour la transparence à du *blanc d'œuf un peu fluide* ou à de la *salive épaisse*.

A l'âge de neuf ans, l'enfant fut présenté à M. Blache, qui institua le traitement antiscrofuleux qu'indiquait bien la constitution de l'enfant, et prescrivit des applications de glycérine et d'eau de noyer sur la plaie. L'enfant acquit de la force, mais l'ulcération du cou persista avec son écoulement particulier. Deux ans après, M. Demarquay consulté, conseilla de continuer la glycérine et ordonna de faire, avec un caustique fumant (les parents ne peuvent donner de renseignements plus précis), des cautérisations qu'on n'osa pas pratiquer.

En novembre 1867, l'enfant fut conduit à la consultation de M. Houel : il était alors âgé de onze ans et demi : M. Houel reconnut immédiatement la nature de l'affection dont il avait eu la bonne fortune d'observer plusieurs cas, mais comme le mal affectait des caractères en dehors de la forme commune, il fit voir le malade à M. Nélaton qui confirma son diagnostic

Il s'agissait d'un de ces kystes congénitaux sous-hyoïdiens, que Boyer a le premier signalé, et sur la nature desquels il ne s'est pas prononcé.

Ces kystes congénitaux, une fois ouverts, prennent et conservent l'apparence d'une fistule, plus ou moins large, mais assez facile à reconnaître. Dans le cas actuel, le kyste avait la forme étalée. La nature et la persistance de l'écoulement et l'histoire de son évolution avaient suffi à M. Houel pour le reconnaître.

On voyait alors au niveau de l'angle formé par la région sous-hyoïdienne avec le cou, sur la ligne médiane, une petite ulcération, à peu près circulaire, large comme une pièce de cinquante centimes, et

dont la surface rougeâtre avait un aspect tomenteux et chagriné tout spécial. Cette ulcération reposait sur une plaque indurée, dépendance manifeste de la peau, que le doigt pouvait suivre jusqu'à l'os hyoïde au-dessous duquel elle semblait s'enfoncer. La surface était humectée par un liquide qui peut être comparé au *mucus normal des glandules du col utérin*. L'issue de ce liquide était encore activée par des pressions sur l'induration, au point où apparaissait une goutelette. C est en vain qn'on chercha un trajet avec un stylet fin; on ne put rien trouver. Cette exploration pratiquée à diverses reprises, n'amena jamais de résultat. On avait vu plusieurs fois les diamètres de cette sorte de plaie diminuer spontanément, mais jamais elle ne s'était fermée : elle avait oscillé seulement entre des dimensions plus ou moins grandes.

En avril 1868, M. Houel pratiqua l'opération. Deux incisions semi-circulaires réunies circonscrivirent dans leur concavité la surface du kyste, à plus de deux millimètres de la périphérie, et furent portées assez profondément pour qu'on vit le tissu adipeux sous-jacent.

M. Th. Anger, qui avait assisté M. Houel dans l'opération, fit l'examen microscopique de la portion de substance extirpée. Son examen devait porter sur deux points essentiels : 1° il devait rechercher quelle était la nature du tissu morbide; 2° il devait s'assurer si les limites de ce tissu avaient été assez largement dépassées pour qu'on pût espérer une guérison.

Une étude très attentive lui montra du tissu lamineux et adipeux sur toute la surface profonde du kyste, et lui permit de conclure que l'extirpation avait été aussi complète que possible.

Quant à la nature du tissu, le microscope révéla que le trajet était recouvert *d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles;* à la suite de cette opération, le pourtour de la peau bourgeonna, mais on vit bientôt apparaître, au milieu de la cicatrice circulaire, la même surface rose, tomenteuse et chagrinée, qui s'humectait du liquide que la famille du jeune malade reconnut bien. Il était acquis dès lors que, malgré son étendue et sa profondeur, la première ablation n'avait eu d'autre résultat que de confirmer le caractère rebelle de ces kystes congénitaux du cou.

Le 3 octobre 1868, M. Houel fit une deuxième tentative. Une large incision circonscrivit en haut et en bas les limites de la tumeur et on commença l'ablation. Mais le fond était très mince, le tissu très friable, et ce ne fut que par parties que le kyste fut encore une fois

enlevé. La situation entre le menton et le sternum qui se rapprochaient et rétrécissaient le champ de la manœuvre opératoire, l'indocilité de l'enfant, malgré son anesthésie par le chloroforme, rendaient l'opération difficile, et un mouvement brusque pouvait pousser l'instrument sous le larynx. Une plaquette de pâte de Cauquoin fut appliquée sur la plaie et maintenue douze heures. L'enfant repartit en province le lendemain.

Quand il revient à Paris le 15 octobre 1868, à la consultation de M. Houel, l'eschare est tombée et la plaie présente l'aspect suivant : une masse de bourgeons charnus occupe la partie supérieure et latérale droite de l'ulcère ; mais au-dessous, un cul-de-sac infundibulaire assez profond apparaît avec la coloration tomenteuse et rose du kyste primitif. Le liquide filant continue à sourdre, avec les caractères si souvent constatés auparavant. La poussée inflammatoire rend encore (douze jours après l'opération) les mouvements de déglutition un peu pénibles, mais l'enfant est, il faut le dire, très douillet.

M. Houel applique une petite plaquette de pâte de Canquoin que l'on maintiendra pendant environ douze heures. A la suite de ces cautérisations, la plaie se cicatrisa et l'on put croire l'enfant guéri. Lorsque le 30 juin 1869, c'est-à-dire huit mois après l'opération, M. Houel reçut une lettre qui lui annonçait qu'un gonflement était de nouveau apparu dans la région sus-hyoïdienne : la fistule s'est reproduite de nouveau, et il est probable que le jeune enfant la porte encore aujourd'hui.

Observation XVI

(Tapret, *in* thèse de Affre. *Des kystes thyro-hyoïdiens.* Paris, 1875, n° 373. — Résumée.)

Fille de cinq ans et demi. Tumeur médiane thyro-hyoïdienne du volume d'une noisette, remarquée deux mois auparavant, alors qu'elle avait la grosseur d'un petit pois ; elle n'adhère pas à la peau et ne suit pas les mouvements du larynx. Après des badigeonnages à la teinture d'iode, la tumeur semble augmenter de volume après les repas et quand on provoque une salivation abondante ; bientôt, ouverture spontanée et fistule consécutive, donnant issue à un liquide filant, opalin. Un stylet pénètre vers la base de la langue, au niveau de l'épi-

glotte. Des cautérisations fréquentes à la teinture d'iode n'amènent aucune modification. Un bourgeon charnu saillant à l'extérieur et excisé présente au microscope un *épithélium à cils vibratiles*. Injections de chlorure de zinc ; cicatrisation du trajet fistuleux.

Observation XVII

(Recueillie dans le service de Nélaton par Th. Anger, *in* thèse de Ch. Dumoulin, Paris 1866, n° 256. — Résumée.)

Garçon de douze ans, début à neuf ans. Tumeur médiane thyro-hyoïdienne s'étant développée lentement, et atteignant le volume d'un œuf de pigeon. Une incision avait donné issue à un liquide blanc, albumineux, filant. Fistule consécutive, suintante, médiane, profonde de deux centimètres. Ni douleur, ni gêne. Dissection du trajet et extirpation totale.

Examen histologique. Revêtement épithélial à cellules prismatiques à cils vibratiles, reposant sur une paroi formé principalement de tissu élastique et de faisceaux de tissu conjonctif. Pas de glande dans la paroi.

Observation XVIII

(Tillaux, *Clinique*, in *Progrès Médical*, 9 février 1885. — Résumée).

Jeune fille, vingt-deux ans. Fistule médiane, au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, consécutive à l'ouverture spontanée d'un kyste apparu il y a quatre ans. Cette tumeur s'était enflammée et ouverte sous l'influence de cataplasmes. Depuis elle se ferme de temps en temps, devient douloureuse, puis s'ouvre de nouveau. L'orifice fistuleux repose sur un petit tubercule induré d'où part un cordon assez dur, reconnaissable à la palpation et qui va se perdre derrière l'os hyoïde.

Dissection pendant qu'on maintient un stylet introduit dans le trajet, procédé indiqué par Nélaton.

Récidive. Nouvelle opération trois mois après la première. Guérison.

Observation XIX

(Dubar, de Lille. Soc. de chirurgie, 22 juillet 1885. Communication par M. Monod. — Résumée).

Fillette de neuf ans. Petite tumeur du volume d'une noisette, siégeant dans la région sous-hyoïdienne, ayant débuté un an avant.

Ponction donnant issue à un peu de liquide analogue à du blanc d'œuf non cuit, suivie d'une injection de deux gouttes de chlorure de zinc déliquescent. Réaction vive ; eschare cutanée : un mois plus tard, cicatrisation et guérison apparente.

Six ou sept mois après, récidive : tumeur fluctuante, ferme, grosse comme une amande au bout d'un an, que l'on peut déplacer ; pédicule paraissant s'attacher à l'os hyoïde. On a enlevé la tumeur en la disséquant. Cicatrisation dix jours après. Nouvelle récidive au bout de trois mois, et ouverture spontanée laissant couler un liquide analogue à du blanc d'œuf non cuit.

Nouvelle opération, guérison durant une année.

Examen microscopique : Paroi fibreuse. La surface interne de la poche, modifiée par l'injection irritante, est en majeure partie recouverte de bourgeons charnus. La partie supérieure de la tumeur et le cordon creux qui la prolonge supérieurement sont revêtus d'un *épithélium cylindrique* sans cils, à une seule couche. La tumeur présente un deuxième diverticule, également tapissé d'épithélium. M. Dubar conclut que les récidives sont dues à la persistance de l'épithélium dans les diverticules, difficilement atteints par le liquide irritant.

Observation XX

(Chavasse, *Kyste sous-hyoïdien*. Société de Chirurgie, 20 février 1889. Rapport par Kirmisson.)

L'observation se rapporte à un homme de vingt-huit ans qui portait un kyste sous-hyoïdien. La tumeur présentait le volume d'une grosse noix et mesurait 4 centimètres dans le sens transversal et, 3 centimètres et demi dans le sens vertical.

Elle débordait un peu plus la ligne médiane du côté droit que du côté gauche. Le 18 août 1885, M. Chavasse entreprit l'extirpation de

la tumeur avec l'aide de M. Robert. Une incision longitudinale de 5 centimètres, pratiquée sur la ligne médiane, permit d'arriver sur la paroi kystique, qui, à l'aide des doigts et de la spatule, fut détachée de ses connexions avec les parties voisines. Pendant cette dissection qui donna lieu à un écoulement de sang assez abondant, on put constater que cette tumeur était reliée à la face antérieure de *l'os hyoïde* par un *tractus fibreux*, *large* et *solide*, dont la section permit d'aborder la face profonde du kyste. Celui-ci était fixé en outre à la partie droite de la membrane thyro-hyoïdienne par un pédicule fort, très court, blanc nacré, dont la section fut faite au ras de la membrane. La plaie, traitée antiseptiquement, fut guérie très simplement; la seule complication fut un rappel de fièvre intermittente chez cet homme, qui avait eu antérieurement des accidents paludiques pendant un séjour en Algérie.

Le sulfate de quinine triompha facilement de ces accidents. Le malade, revu en juillet, restait guéri et ne présentait pas trace de récidive.

Le kyste, examiné après son extirpation, était constitué par une enveloppe fibreuse d'un blanc nacré, renfermant dans son intérieur de la matière athéromateuse, sans trace de poils, et une faible quantité de liquide huileux, coloré en rose. L'examen histologique fut confié à M. Poncet (de Cluny), qui constata que la matière graisseuse contenue dans le kyste était composée de fines granulations se colorant très bien par la fuchsine et mélangées à de rares débris cellulaires.

La paroi est formée d'une enveloppe fibreuse, tapissée à sa face interne d'une couche épithéliale. Les cellules, immédiatement en rapport avec la paroi fibreuse, présentent sur quelques points une forme cubique ; en se rapprochant de la cavité kystique, elles deviennent rapidement rondes, à gros noyaux uniformément colorés, sans trace de couche granuleuse ou d'éléidine. Tout à fait à la partie interne, cet épithélium, pavimenteux par places, tombe en déchéance. Sur la plus grande partie de la poche, le revêtement épithélial n'est pas aussi net ; nulle part il n'y a ni éléments glandulaires, ni poils, ni papilles. Ce n'est donc pas une portion de peau enclavée, conclut M. Poncet.

Se fondant sur cet examen histologique, M. Chavasse conclut qu'il n'a pas eu affaire à un kyste dermoïde, mais que, cependant, il s'agit là d'un kyste branchial, développé au niveau de la troisième fente branchiale, comme tend à le faire admettre l'adhérence du kyste au corps de l'os hyoïde et à la membrane thyro-hyoïdienne.

Observation XXI

(A. Broca, *in* thèse de M^lle^ Sulickà. Paris, 1894)

Fistule congénitale sous-hyoïdienne.

D... (Jacques), âgé de treize ans et demi, entré le 24 octobre 1862 pour une fistule médiane du cou, s'ouvrant un peu au-dessous de l'os hyoïde et ayant succédé à un kyste congénital opéré il y a un an et demi.

Le kyste s'était sensiblement manifesté et avait grossi dans les cinq ou six mois qui précédèrent cette opération.

Une fistule, située un peu à gauche de la région médiane, succéda à l'opération. Cette fistule présente un orifice cutané, bridé à sa partie supérieure par une sorte de valve qui le recouvre en totalité. Par cet orifice s'écoule tous les jours, à deux ou trois reprises, quelques gouttelettes de liquide muqueux. A l'examen, on sent un cordon dur, long de deux centimètres environ, dirigé à peu près verticalement en haut et en arrière, allant à la ligne médiane; ce cordon représente le trajet fistuleux et va se terminer au niveau de l'os hyoïde.

Opération le 28 octobre. Ablation du trajet fistuleux et de son orifice cutané sur la sonde cannelée; adhérence à la face postérieure de l'oshyoïde; pas d'orifice interne de la fistule. Suture de la plaie. Pansement à la gaze salolée, maintenue par du collodion. Huit jours après, on enlève les points de suture; pas de pus; la réunion est parfaite. On remet un pansement salolé avec collodion.

Le malade sort le 6 novembre. Revu le 23 juin dans un état parfait.

Examen histologique fait par M. le D^r^ Achard. — Muqueuse à épithélium vibratile, cellules cylindriques longues et cellules caliciformes. Cavités multiples à revêtement muqueux, quelques-unes distendues, remplies incomplètement par une masse granuleuse; d'autres irrégulières, sinueuses, anfractueuses, à parois accolées, envoyant des prolongements dans les tissus voisins. Ce sont, sans doute, des anfractuosités d'une même cavité. Ces cavités muqueuses s'avancent jusqu'au bord du paquet extirpé.

Observation XXII

(Liarras, Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 25 janvier 1895, et Soc. d'anat. et de phys., 11 février 1895. — Résumée)

Kyste thyro-hyoïdien

Il s'agit d'un malade porteur d'une tumeur thyro-hyoïdienne depuis vingt-cinq ans. De la grosseur d'un noyau de cerise au début, et parfaitement médiane, elle a grossi peu à peu en s'étalant vers la partie gauche de la région prélaryngienne, et a acquis le volume d'une mandarine.

Depuis un an, légère gêne respiratoire, à l'occasion surtout d'une marche assez rapide. Voix légèrement voilée, depuis huit jours. Peau normale, sans adhérence au niveau de la tumeur, qui est absolument indolore. Au palper on sent un prolongement qui semble s'insinuer entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde.

Saillie dans l'arrière-bouche, au niveau de la base de la langue ; le repli ary-épiglottique est soulevé.

Diagnostic : Kyste congénital.

Incision transversale courbe. Dissection et extirpation sans difficulté par M. Dudon, d'un kyste du volume d'une mandarine, contenant un liquide foncé, épais, tenant en suspension des cristaux de cholestérine.

Examen microscopique : Paroi formée de couches concentriques de tissu connectif ou élastique, assez riche en vaisseaux sanguins. On n'a pu reconnaître exactement la nature de l'épithélium à cause du mauvais état de la pièce, conservée dans de l'alcool de mauvaise qualité. *Follicules thyroïdiens* sur toute la surface externe de la paroi. Le kyste était donc développé dans une glande *thyroïde accessoire*.

Observation XXIII

(Martin, Thèse de Paris, 1895-1896, n° 84. — Résumée)

Kyste mucoïde thyro-hyoïdien

Jeune fille, dix-neuf ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Bonne constitution. Apparition de la tumeur un an auparavant ; volume d'un pois au début ; augmentation progressive ; actuellement,

grosseur d'une noix. La peau a conservé ses caractères normaux. La tumeur suit les mouvements du larynx. Consistance molle, fluctuation peu nette. Indolence parfaite ; pas de troubles fonctionnels.

Extirpation. Tumeur blanc-jaunâtre, lisse, régulière ; pédicule supérieur adhérent fortement à l'os hyoïde ; continuité parfaite avec la pyramide de Lalouette. Contenu séro-sanguinolent avec granulations.

Examen histologique : Kyste formé par une paroi fibro-conjonctive renfermant quelques fibres musculaires et de nombreux vaisseaux. Epithélium cylindrique, stratifié en certains endroits, simple en d'autres ; cils vibratiles. Liquide contenant des hématies, des leucocytes, et des cellules ciliées détachées de la paroi.

Observation XXIV

(M. le professeur Tédenat, *in* thèse Martin. Paris, 1895-96, n° 87)

Kyste à épithélium cylindrique vibratile, adhérent à la membrane thyro-hyoïdienne et à la saillie médiane du cartilage thyroïde.

Jean P..., vingt et un ans, porte au-dessus de la pomme d'Adam une tumeur oblongue de trois ou quatre centimètres dans le sens vertical, large d'un centimètre environ, située sur la ligne médiane. Cette tumeur a été ponctionnée deux fois (janvier 1889, février 1891). On a retiré chaque fois une pleine seringue de Pravaz d'un liquide jaune filant. M. Tédenat voit le malade le 3 juillet 1891. Tumeur dure, sans fluctuation nette. Elle ne gêne en rien le malade et n'est que disgracieuse.

8 juillet. — Incision médiane de trois centimètres ; lèvres de l'incision écartées ; la tumeur adhère à la membrane thyro-hyoïdienne, au bord inférieur de l'os hyoïde, à la dépression médiane du bord inférieur du cartilage thyroïde et au bord antérieur du même cartilage sur une longueur de un centimètre. Le tranchant, pour séparer la paroi kystique, travaille dans un tissu fibreux dur. Quatre points de suture, sans drain. Réunion immédiate.

Examen microscopique. — (Contrôlé par le professeur Kiener). Paroi fibreuse, présentant dans ses plans profonds de nombreux éléments fusiformes et des leucocytes. Sa face interne est tapissée d'une couche régulière de *cellules cylindriques*. Sur quelques-unes existent des *cils vibratiles* très nets. Par places, les cellules cylindriques sont supportées par une assise d'épithélium cubique.

Observation XXV

(Claisse et Heresco. — *Kyste mucoïde médian*, in *Bull. de la Société anatomique*, Paris, 8 janvier 1897)

G..., vingt et un ans, ingénieur, entre le 8 décembre 1896 dans le service de chirurgie de l'hôpital Laennec pour une tumeur du cou, siégeant en avant du larynx, sur la ligne médiane. Le malade ne s'était aperçu de cette tumeur que depuis une quinzaine de jours ; il en éprouvait une certaine gêne causée par son volume, mais ne ressentait aucun trouble ; respiration, voix, déglutition normales.

On constate sur la ligne médiane du cou la présence d'une tuméfaction s'étendant de l'os hyoïde au cartilage cricoïde ; elle est causée par un corps ovoïde, paraissant gros comme une petite mandarine, lisse, non lobulé, de consistance ferme, mais fluctuant, indolore. La peau, d'aspect normal, est mobile sur la tumeur : celle-ci au contraire est fixée au larynx, et le suit dans ses mouvements d'élévation et d'abaissement.

M. L. Delbet pense à un kyste branchial et opère le malade le 8 décembre 1896. La tumeur est située sous le muscle cléido-hyoïdien ; elle reçoit des vaisseaux assez volumineux latéralement ; elle adhère fortement à la membrane thyro-hyoïdienne ; elle est absolument indépendante du corps thyroïde, dont elle recouvre la partie supérieure : elle est ouverte à la fin de l'opération, et il s'écoule d'une cavité centrale, un liquide muqueux, noirâtre, colloïde. Le malade est complètement guéri huit jours après l'intervention.

Examen de la pièce.— Elle a les dimensions d'un petit œuf de poule, ovoïde, légèrement bosselée, brunâtre, de consistance résistante ; elle est formée d'un tissu dense, d'aspect fibreux mais assez coloré, présentant 3 à 8 millimètres d'épaisseur suivant les points ; le centre est occupé par une cavité remplie de liquide noirâtre, colloïde, la surface de cette cavité est lisse, légèrement plissée par places.

Il n'existe pas d'autres cavités dans l'épaisseur du tissu.

La pièce est durcie à l'alcool : on pratique des coupes sur trois morceaux montés dans la paraffine.

La cavité kystique contient encore des restes du liquide, représenté par un coagulum albumineux. La paroi est tapissée par un épithélium un peu variable, suivant les points examinés ; presque partout

il est constitué par une rangée de cellules cylindriques allongées (on ne distingue pas de cils vibratiles), reposant sur une couche de cellules rondes ; parfois on trouve plusieurs rangées de ces cellules profondes, enfin il repose en certains endroits sur plusieurs rangées superposées de cellules conjonctives aplaties.

Le tissu de la paroi kystique est glandulaire : travées enchevêtrées, peu de cellules plates, tissu serré près de la cavité, beaucoup plus lâche à la périphérie, où existe une certaine quantité de tissu adipeux. Il existe un grand nombre de vaisseaux sanguins, la plupart de petit volume, disséminés dans le tissu fibreux. Pas trace de glandes.

Ce kyste est bien donc, de par sa situation, son adhérence intime à la membrane thyro-hyoïdienne, sa structure fibreuse et son épithélium cylindrique, son contenu colloïde, un *kyste branchial mucoïde*, ayant augmenté rapidement, probablement à la suite de l'hémorragie qui a transformé son contenu en liquide hématique.

Observation XXVI

(P. Launay, Société anatomique, juillet 1897.)

Kyste congénital sous-hyoïdien

Sur un sujet femme, âgé de trente-trois ans et disséqué à l'amphithéâtre d'anatomie, j'ai trouvé un kyste sous-hyoïdien, qui, par ses caractères et ses connexions, doit être rangé, je pense, parmi les kystes du canal thyro-lingual.

Avant toute dissection, le cou de ce sujet ne présentait rien d'anormal, aucune saillie. Après dissection de la région sous-hyoïdienne, un kyste fut mis à découvert. Ce kyste était du volume d'un pois, bilobé, placé au-dessous des deux plans musculo-aponévrotiques superficiel et moyen du cou, à droite de la ligne médiane, sous le bord interne du muscle thyro-hyoïdien, contre la membrane de même nom, à laquelle il n'adhérait que très faiblement. Situé à deux ou trois millimètres au-dessous de l'os hyoïde, la tumeur est appliquée à la face antérieure d'un tractus lamelleux et étalé qui va, en haut, en s'élargissant, s'attacher à la lèvre postérieure du bord inférieur de l'os hyoïdien, se perdant là, sans se continuer vers la langue.

En bas, cette lamelle vient se fusionner, devant le cartilage thy-

roïde, avec l'extrémité supérieure d'une pyramide de Lalouette bien développée. Celle-ci, placée à droite de la ligne médiane, s'attache sur l'isthme du corps thyroïde, qu'elle semble continuer ; cet isthme est en quelque sorte séparé des deux lobes latéraux par deux sillons très nets, mais peu profonds, et qui semblent diviser le corps thyroïde en ses trois portions primitives. Peut-être est ce là une trace de ce mode de développement de la glande.

Le kyste était rosé et transparent, contenait un liquide clair et légèrement visqueux. L'examen histologique a été rendu impossible par le mauvais état de conservation du sujet.

Les connexions intimes de ce kyste avec la bandelette qui prolonge nettement la pyramide de Lalouette jusqu'à la face postérieure du corps de l'os hyoïde, son indépendance de la membrane hyo-thyroïdienne, suffisent, je crois, malgré l'absence d'examen microscopique, pour affirmer sa nature congénitale et son développement aux dépens du tractus thyro-lingual...

Observation XXVII

(Inédite, personnelle)

(Due à l'extrême obligeance de M. le professeur Forgue)

Kyste de l'espace thyro-hyoïdien

Mme X..., vingt-deux ans, vient à l'hôpital suburbain, le 15 mars 1898, dans le service de M. le professeur Forgue, pour être débarrassée d'une petite tumeur qu'elle porte à la partie antérieure du cou.

Cette tumeur siège à la partie médiane, dans l'espace thyro-hyoïdien. Elle occupe une surface à peu près circulaire du diamètre d'une pièce de cinq centimes environ.

Légèrement convexe en avant, elle forme au-devant du cou une saillie assez apparente.

La peau qui la recouvre est normale ; on ne constate ni rougeur ni œdème.

Dans les mouvements de déglutition, la tumeur suit les déplacements du larynx.

A la palpation, on sent une tumeur arrondie, rénittente ; en palpant soigneusement avec les deux index, on arrive à percevoir nettement de la fluctuation.

La peau est mobile sur la tumeur.

La malade a remarqué la tumeur pour la première fois, il y a quatre mois, et n'en a été nullement incommodée, tout d'abord. Ce n'est que deux mois après cette constatation qu'elle a commencé à ressentir quelques troubles passagers du côté de la respiration ; elle éprouvait de temps en temps un peu de gêne respiratoire. Mais, depuis quinze jours, les accidents ont revêtu une forme plus intense : la malade est prise d'accès de suffocation, d'étouffement, survenant surtout la nuit ; ce qui l'a décidée à venir demander une opération.

Opération. — Incision verticale de 5 centimètres, dont la partie moyenne coïncide avec le diamètre vertical de la tumeur.

La peau et l'aponévrose ayant été divisées, on arrive sur une tumeur kystique soulevant de chaque côté les muscles sterno-hyoïdiens et thyro-hyoïdiens et reposant sur la membrane thyro-hyoïdienne.

En disséquant de chaque côté, en arrière et en haut, on peut enlever le kyste qui présentait des adhérences avec la membrane thyro-hyoïdienne et un prolongement, un cul-de-sac allant prendre attache en haut, en arrière de l'os hyoïde.

Réunion immédiate.

Le kyste est constitué par une membrane blanchâtre, à tons bleutés, assez mince, contenant un liquide séro-muqueux.

Examen histologique par M. le Dr Poujol.

Des coupes perpendiculaires à la surface interne du kyste montrent que la paroi a la structure suivante :

a) Une membrane fibreuse, assez riche en vaisseaux et parsemée d'amas de cellules lymphocytaires paraissant représenter une ébauche de tissus lymphoïde ; pas de glandules ni de fibres lisses.

b) Un revêtement épithélial variable suivant les points considérés, tantôt pavimenteux stratifiés à trois ou quatre couches, ailleurs s'aplatissant en une seule rangée de cellules cubiques, devenant enfin, en beaucoup de points, un épithélium cylindrique stratifié à cils vibratiles. Le passage de l'une à l'autre variété se fait par transition.

Une semblable structure doit faire éliminer d'emblée l'hydropisie de la bourse séreuse de Boyer, ainsi que le rapprochement des kystes lymphangiomateux du cou ; l'hypothèse d'une dilatation glandulaire est à rejeter également ; le revêtement épithélial serait dans ce cas une seule couche de cellules cubiques et plus aplaties encore, à l'ex-

clusion de tout revêtement dermoïde ou cylindrique vibratile ; de plus, il n'existe pas de glandules dans la paroi kystique.

C'est donc à un kyste dermo-mucoïde, d'origine congénitale, que nous avons affaire.

III. — KYSTES THYRO-HYOÏDIENS

DE NATURE INDÉTERMINÉE, PROBABLEMENT MUCOÏDES

Observation XXVIII

(Dupuytren, Obs. recueillie par Rognetta, *Revue médicale française et étrangère* 1834, t. I, p. 379, Obs. VI.)

Homme, cinquante ans ; tumeur grosse comme une orange, datant de l'enfance, saillie considérable. Accidents dyspnéiques.

Contenu : Matière liquide, jaunâtre et épaisse.

Observation XXIX

(Rouget. — Obs. citée par Verneuil : *Recherches anat. pour servir à l'histoire des kystes de la partie supérieure et médiane du cou,* in *Arch. gén. de Méd.*, 1853, p. 189.)

Kyste médian, thyro-hyoïdien, existant depuis longtemps chez un adulte. Contenu crémeux, renfermant de nombreuses cellules épithéliales et des cristaux de cholestérine. (Considéré par Verneuil comme un kyste de la pyramide de Lalouette.)

Observation XXX

(Faucon, *Bull. Soc. de Chir.*, 22 avril 1874)

Femme, vingt-huit ans. Ulcération fistuleuse, sur la ligne médiane du cou, au niveau du larynx, consécutive à l'ouverture d'une tumeur qui aurait commencé vers l'âge de deux ans. Le trajet fistuleux existe depuis très longtemps. Incision circulaire, dissection de la paroi du trajet. On détache un cône dont le sommet correspond à un cordon poreux, implanté dans la membrane thyro-hyoïdienne.

Observation XXXI

(V. Affre, *Des kystes thyro-hyoïdiens*, thèse de Paris, 1875, n° 373.)

Malade du service de Tillaux; homme de vingt et un ans; à six ans, tumeur médiane, à l'union des régions sus et sous-hyoïdiennes, qui disparut, puis reparut à dix ans. Contenu jaunâtre, granuleux, semi-liquide.

Observation XXXII

(Demons, *Kyste cong. canaliculaire du cou.* — Société de méd. et de chirurgie de Bordeaux, 3 juillet 1885.)

Jeune fille qui, à cinq ans, a eu une tumeur arrondie au niveau de l'os hyoïde; ouverture spontanée; trajet fistuleux par lequel s'est écoulé du pus en abondance. Les traitements médicaux (injections iodées, etc.) échouent. Dissection du conduit fistuleux jusqu'au niveau de l'os hyoïde et même en arrière de ce dernier. Opération longue et difficile. Guérison de la fistule.

Observation XXXIII

(Faure, *Kyste congénital thyro-hyoïdien*, in *Bull. de la Soc. anatomique*, Paris, 30 juin 1893.)

CONCLUSIONS

I. On rencontre dans l'espace thyro-hyoïdien, et avec une fréquence presque égale, des kystes congénitaux à paroi dermoïde et des kystes congénitaux à paroi mucoïde.

II. La théorie de l'enclavement paraît également impuissante à expliquer la formation des kystes de l'une ou de l'autre de ces variétés.

Les kystes thyro-hyoïdiens mucoïdes à épithélium cylindrique vibratile semblent se développer aux dépens d'un segment anormalement persistant du canal thyro-lingual.

III. L'extirpation complète est le seul mode de traitement des kystes thyro-hyoïdiens dermoïdes et mucoïdes qui mette à l'abri des récidives. Elle doit être pratiquée le plus tôt possible.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Affre. — Des kystes thyro-hyoïdiens (Thèse de Paris, 1875, n° 372).

Bard. — Lyon médical, 1888.

Bland Sutton. — The Lancet, 1888, t. I, p. 308. — Transact. of the path. Soc., 1887, V, XXXVIII (Bordeaux médical, 1872, p. 211).

Boyer. — Traité des maladies chirurg., 4e édition, t. VII, p. 31.

Broca (P.). — Traité des tumeurs, t. II, p. 79, notes 1 et 2, 1869.

Broca (A.). — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. V, 1891.

Celse. — De re medica, libri octo. Lib VII.

Chemin (A.). — Contribution à l'étude des restes chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne médiane (Thèse de Bordeaux, 1895-1896).

Claisse et Heresco. — Bull. de la Soc. anat., Paris, 8 janvier 1897.

Demons. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 3 juillet 1885.

Denucé (M.). — Kyste du canal de Bochdaleck (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, avril 1894).

Dubar. — Bull. de la Soc. de chirurgie, Paris, 22 juillet 1885.

Dumoulin. — Thèse de Paris, 1866, n° 256.

Dupuytren. — Gaz. des hôpitaux, t. IV, 26 juillet 1831, p. 101.

— (Revue méd. française et étrangère, t. I, p. 379, 1834.

Faucon. — Bull. Soc. de chirurgie, 1874, 3e série, t. III, p. 245.

Fauvel. — Des kystes dermoïdes de l'espace thyro-hyoïdien (Thèse de Paris, 1887).

Geoffroy-Saint-Hilaire (Is.). — Hist. gén. et partic. des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux, Paris, 1832-1837.

His. — Anat. Mensch. Embryon, 1885, p. 97-102.

— Arch. für Anat. und Phys., anat abth., Heft I, 1891).

Hertwig (O.). — Traité d'embryologie (Trad. Julin, 1891).

Heurteaux. — Art. *Kystes* du Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat., 1874.

Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux, Paris, 1886.

LANNELONGUE et MÉNARD. — Affections congénitales, Paris, 1891.

LAUGIER. — Tumeur du cou, *in* Dict. en 30 vol., t. IX, 1835.

LEBERT. — Soc. de biologie, 1852, p. 303, et Traité d'anat. path., t. I, p. 256.

MARCHESSEAUX et FLEURY. — Arch. gén. de méd., 1835.

MARTIN. — Des kystes du canal thyro-lingual (Thèse de Paris, 1895-1896, n° 84).

MASSE (de Bordeaux). — Mémoire lu au Congrès de chirurgie, 9 août 1885.

MECKEL (J.-F.). — Mémoire sur les poils et les dents qui se développent accidentellement dans le corps (Journ. compl. du Dict. des sciences méd., t. IV, 1819.

NÉLATON. — Elém. de path. chir., 1854, t. 3, p. 384.

NEUMANN. — Arch. für Klin. Chir., 1877, p. 825.

PÉRAIRE. — Kystes épidermiques à contenu sébacé (Soc. Anat., juillet 1895).

POULET. — Des kystes dermoïdes acquis (Bull. de la Soc. de chir. 1886, p. 460).

QUENU. — Des arcs branchiaux chez l'homme (Th. d'agrég., 1886).

STRECKEISEN. — Arch. für path. An., und Phys., CIII, Heft I, p. 131, et Heft 2, p. 215, 1888.

TILLAUX. — Anat. topogr., Paris, 1897.

VERCHÈRE et DENUCÉ. — Bull. de la Soc. anat., 1886, p. 467.

VERNEUIL. — Arch. gén. de méd., 1855, 2e série, t. VI, p. 302.

VERNEUIL et CLADO. — De la prés. de microbes dans les kystes derm. (France méd., 1888, p. 1817.)

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 juillet 1898.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 juillet 1898.
Le Recteur,
GASTON BIZOS.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!